Biblioteca de la Salud

Sistema de Protección Social en Salud

Biblioteca de la Salud

Consejo y Coordinación Editoriales

Presidente: Dr. Julio Frenk
Coordinador: Jaime Sepúlveda

Sergio Aguayo
Hugo Aréchiga†
Antonio Alonso Concheiro
Pedro Arroyo Acevedo
Mario Bronfman
Carlos Elizondo
Ramón de la Fuente Muñiz†
Eduardo González Pier
Mauricio Hernández A.
Arnoldo Kraus
Ana Langer
Carlos Larralde
Nora Lustig
Adolfo Martínez Palomo
Onofre Muñoz
Enrique Otero✲
Ruy Pérez Tamayo
Carolina Rojas
Guillermo Soberón
Julio Sotelo
Misael Uribe Esquivel
Carlos Viesca Treviño
Kaethe Willms

Comité de Coordinación Editorial

Gladys Faba
Miguel Ángel Lezana
Octavio Gómez Dantés

SECRETARÍA DE SALUD

Sistema de Protección Social en Salud

Elementos conceptuales, financieros y operativos

segunda edición

Coordinación de la obra:

Eduardo González Pier • Mariana Barraza Lloréns
Cristina Gutiérrez Delgado • Armando Vargas Palacios
Unidad de Análisis Económico

Secretaría de Salud

Fundación Mexicana para la Salud

Instituto Nacional de Salud Pública

Fondo de Cultura Económica

Primera edición, 2005
Segunda edición (Biblioteca de la Salud), 2006

México. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos / Secretaría de Salud, coord. de Eduardo González Pier, Mariana Barraza Lloréns, Cristina Gutiérrez Delgado, Armando Vargas Palacios. — 2ª ed. — México : FCE, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006
312 p. : ilus. ; 27 x 21 cm — (Colec. Biblioteca de la Salud)
ISBN 978-968-16-8287-3

1. Secretaría de Salud — Siglo XXI 2. Salud Pública — México I. González Pier, Eduardo, coord. II. Barraza Lloréns, Mariana, coord. III. Gutiérrez Delgado, Cristina, coord. IV. Vargas Palacios, Armando, coord. V. Ser. VI. t.

LC HD7131 Dewey 368.409 72 M378s

Distribución mundial

Diseño de portada: *Laura Esponda*

Empresa certificada ISO 9001: 2000

Conozca nuestro catálogo en
http://www.fondodeculturaeconomica.com

Agradecemos sus comentarios y sugerencias al correo electrónico
laciencia@fondodeculturaeconomica.com

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra —incluido el diseño tipográfico y de portada—, sea cual fuere el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento por escrito del editor.

D.R. ©, 2006, Secretaría de Salud
Lieja 7, 06696 México, D.F.

D.R. ©, 2006, Fondo de Cultura Económica
Carretera Picacho-Ajusco 227, 14200 México, D.F.

ISBN 10: 968-16-8287-4
ISBN 13: 978-968-16-8287-3

Impreso en México • *Printed in Mexico*

Índice

Agradecimientos **11**

Mensaje del Secretario de Salud **13**

Introducción **15**

1. Motivación para la reforma **17**
1.1 La protección social en salud en el contexto internacional 17
1.2 La protección social y los retos del sistema de salud en México 18
1.3 Diagnóstico del financiamiento de la salud en México (2001-2002) 21

2. Reforma a la Ley General de Salud **27**
2.1 Antecedentes: Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud) 27
2.2 Proceso de creación del Sistema de Protección Social en Salud 31
2.3 Principios y objetivos 34
2.4 Panorama general 40

3. Marco financiero **43**
3.1 Financiamiento acorde con la naturaleza de los bienes de la salud 43
3.2 Servicios de salud a la comunidad 44
3.3 Definición y costeo del paquete de servicios esenciales de salud 46
3.4 Esquema tripartito de financiamiento para los servicios de salud a la persona 50
3.5 Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos 56
3.6 Fondo de la previsión presupuestal anual 58
3.7 Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud 60
3.8 Cuota reguladora 61

4. Marco operativo **65**
4.1 Aspectos jurídicos 66
4.2 Organización para la operación en el nivel federal 70
4.3 Organización para la operación en los estados 70
4.4 Afiliación, vigencia de derechos y padrón de afiliados 73
4.5 Definición de enfermedades asociadas a gastos catastróficos 76
4.6 Plataforma tecnológica integral 82
4.7 Fortalecimiento de la oferta 84
4.8 Gestión de servicios de salud 92
4.9 Política de abasto de medicamentos 97
4.10 Estructura operativa de los servicios de salud a la comunidad 98
4.11 Vinculación con otros programas federales 100
4.12 Supervisión estratégica 108
4.13 Vinculación con el Sistema Nacional de Salud 109
4.14 Retos de la implantación y la operación 110

5. Modelo de evaluación integral **117**
5.1 Componentes de la evaluación 117
5.2 Carácter externo de la evaluación 123

6. Prospectiva **125**

Bibliografía **129**

Anexos Técnicos **131**

AT.1 Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) del Sistema de Protección Social en Salud vigente en 2006 133
AT.2 Cálculo del costo de las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud 207
AT.3 Cálculo de la Cuota social y Aportaciones solidarias del Sistema de Protección Social en Salud 208
AT.4 Lista de enfermedades e intervenciones identificadas por el Consejo de Salubridad General como generadoras de gastos catastróficos 217
AT.5 Redes de prestadores de servicios del Sistema de Protección Social en Salud vigentes en 2006 222
AT.6 Indicadores propuestos para cada componente de la evaluación externa 226

Anexos Legales **229**

AL.1 Exposición de motivos de la reforma a la Ley General de Salud enviada al Congreso de la Unión por el Poder Ejecutivo Federal el 12 de noviembre de 2002 231
AL.2 Decreto de reforma a la Ley General de Salud del 15 de mayo de 2003 236
AL.3 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud del 5 de abril de 2004 244
AL.4 Reglamento interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud del 7 de julio de 2004 260
AL.5 Reglamento interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud del 27 de febrero de 2004 263
AL.6 Acuerdo por el que se establece la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos del 28 de abril de 2004 267
AL.7 Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia del 5 de enero de 2005 269
AL.8 Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la Cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud del 15 de abril de 2005 271
AL.9 Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del 20 de septiembre de 2002 279
AL.10 Convenio general de colaboración interinstitucional en materia de prestación de servicios de salud suscrito el 14 de marzo de 2003 282
AL.11 Criterios generales para la programación del gasto e integración de la información estatal relativa al manejo financiero del Sistema de Protección Social en Salud, 2004 289
AL.12 Aviso de la Secretaría de Salud por el que se da a conocer información relativa a familias beneficiarias y componentes de cálculo para las aportaciones solidarias en el ejercicio presupuestal 2006 del 28 de abril del 2006 299
AL.13 Lineamientos para la medición de la Aportación solidaria estatal (ASE) del Sistema de Protección Social en Salud del 22 de abril de 2005 301
AL.14 Convenio marco interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al Sistema de Protección Social en Salud que celebran el Ejecutivo Federal y el Instituto Mexicano del Seguro Social, administrador del Programa IMSS-Oportunidades del 2 de mayo del 2006 303
AL.15 Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Protección Social, como una comisión intersecretarial de carácter permanente 307
AL.16 Criterios metodológicos para la identificación de las entidades federativas con mayor marginación social para efectos de la asignación de la previsión presupuestal del 29 de diciembre de 2005 309

Acrónimos utilizados

ASE	Aportación solidaria estatal
ASF	Aportación solidaria federal
ASF^{C}	Recursos federales complementarios para cubrir la ASF
CAAPS	Centro avanzado de atención primaria a la salud
CABEME	Catálogo de beneficios médicos
CASES	Catálogo de Servicios Esenciales de Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud
CDN	Certificado de Necesidad
CECASOEH	Cédula de características socioeconómicas del hogar
CENAVE	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CF	Cuota familiar
CIDE	Centro de Investigación y Docencia Económicas
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades 10a. revisión
CIE-9-MC	Clasificación Internacional de Enfermedades 9a. revisión-modificación clínica
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CNS	Consejo Nacional de Salud
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONPSS	Consejo Nacional de Protección Social en Salud
COTRAME	Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos
CPSSC	Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad
CS	Cuota social
CSG	Consejo de Salubridad General
CURP	Clave Única de Registro de Población
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPOP	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DI	Diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales
ENED	Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares
ENSA	Encuesta Nacional de Salud
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FASC	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad
FASC^{C}	Recursos federales complementarios para financiar la prestación de servicios de salud a la comunidad (ramo 12)
FASP	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del ramo 33
Fideicomiso	Fideicomiso del SPSS
FPGC	Fondo de protección contra gastos catastróficos
FPP	Fondo de la previsión presupuestal
FONAEVI	Fondo Nacional de Apoyo Económico a la Vivienda
FOROSS	Estrategia de fortalecimiento de la oferta en las entidades federativas
GAPA	Garantía de pago por incumplimiento en las condiciones del convenio de colaboración interestatal
HR	Hospitales rurales
HRAEs	Hospitales Regionales de Alta Especialidad
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Ley o LGS	Ley General de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PIB	Producto Interno Bruto
PMI	Plan maestro de infraestructura
PRONASA	Programa Nacional de Salud 2001-2006
PTI	Plataforma tecnológica integral
PUBPAAPF	Padrón Único de Beneficiarios de Programas de Apoyo de la Administración Pública Federal
R-C	Referencia y contrarreferencia de pacientes entre unidades de atención médica
Reglamento	Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud
REPSS	Régimen estatal de protección social en salud (este acrónimo también aplica para el plural)
RHOVE	Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica
Secretaría	Secretaría de Salud
SAROP	Sistema de Ahorro para el Retiro de Oportunidades
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEED	Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones
SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
SESA	Servicios estatales de salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SICUENTAS	Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SISSP	Sistema de Seguridad Social Popular
SPSIF	Sistema de Información Financiera
SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SPS	Seguro Popular de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SUILAB	Sistema Único de Información de Laboratorio
TUS	Tarjeta Inteligente Tu Salud
UEPSS	Unidad estatal de protección social en salud
UH	Universidad de Harvard
UNAAIS	Unidades de Atención Ambulatoria Integral a la Salud
UNEMES	Unidades de especialidades médicas
UMR	Unidades médicas rurales
VIH/SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Agradecimientos

La Unidad de Análisis Económico ha compilado y procesado para la elaboración de esta obra una serie de documentos y textos elaborados por diversos autores, por lo que se agradece a: Mariana Barraza Lloréns, Octavio Gómez Dantés, Eduardo González Pier, Cristina Gutiérrez Delgado, Felicia Marie Knaul, y en particular al Secretario de Salud, Julio Frenk Mora, sin cuyo trabajo, apoyo y visión no hubiera sido posible completar esta obra.

Se agradece el trabajo de: Armando Vargas Palacios, Héctor Peña Baca, Ángel Campos Hernández, Guillermo López Yescas, Raúl Porras Condey, Baudelio Ramírez Loya y Corina Santangelo de la Unidad de Análisis Económico en la compilación y síntesis de información, así como en la elaboración y revisión de contenidos.

Por otra parte, se agradecen las contribuciones y comentarios de:

Dulce María Armendáriz Zamudio
Adriana Cuevas Argumedo
Javier Dávila Torres
Juan Antonio García Villa
Emilio Herrera Bastos
Ignacio Ibarra Espinosa
Mercedes Juan López
Pablo Kuri Morales
Miguel Ángel Lezana Fernández
Rafael Lozano Ascencio
Adolfo Martínez Valle
María Fernanda Merino Juárez
Eduardo Pesqueira Villegas
Romeo Rodríguez Suárez
Rodolfo Rojas Rubí
Cuauhtémoc Ruiz Matus
Gabriel Sotelo Monroy

Asimismo, se agradece la información y el apoyo proporcionado por:

Manuel Aguilar Romo
Francisco Bañuelos Téllez
Leopoldo Candelas Mondragón
Ana Regina Centeno Domínguez
Abelardo Cerecedo Martínez
Fernando Chacón Sosa
Fermín Juárez Garrido
Humberto Maciel Hernández
Cuauhtémoc Mancha Moctezuma,
Héctor Murguía Romero
Hector Peña Jiménez
Gabriel Nuñez Urquiza
Lidio Ruiz García
Francisco Javier Salcedo Vega
Arturo Salinas Cebrián
Roberto Sánchez Méndez
Sergio Sesma Vázquez
Yolanda Varela Chávez

Mensaje del Secretario de Salud

El presente documento ofrece una compilación y una síntesis de los trabajos realizados por las áreas normativas y operativas de la Secretaría de Salud involucradas en el diseño e implantación del Sistema de Protección Social en Salud durante el periodo de enero de 2001 a junio de 2006. En esta segunda edición se actualizan diversos temas con respecto a la primera versión publicada en el 2005 por la Secretaría de Salud.

Este trabajo pretende ser útil para dos tipos de lectores. Por un lado, busca servir como un documento de referencia para todas aquellas personas interesadas en conocer mejor los orígenes y los conceptos rectores vinculados con la reforma reciente en materia de protección social en salud. Por otro lado, intenta ser una obra documental y de consulta para quienes manejan directamente el Sistema de Protección Social en Salud y su instrumento operativo, el Seguro Popular.

A la fecha, el Sistema de Protección Social en Salud ha sido implantado en las 32 entidades federativas y se avanza rápidamente hacia el cumplimiento de la meta de cinco millones de familias afiliadas hacia finales de 2006.

Si bien este documento es el resultado del trabajo de diversas áreas dentro y fuera de la Secretaría, merece especial agradecimiento el apoyo, la información y los comentarios proporcionados por los miembros de la Unidad de Análisis Económico, la Dirección General de Comunicación Social, la Secretaría Técnica del Consejo de Salubridad General, los integrantes del Consejo Nacional de Salud y el personal de las áreas mayores de la Secretaría de Salud que han laborado durante el periodo referido. Asimismo, agradecemos sus valiosas aportaciones al Instituto Nacional de Salud Pública y a la Fundación Mexicana para la Salud.

El sistema de salud está en el umbral de una nueva era, la era de la protección social. Este documento contiene los conceptos que le dieron origen y que habrán de guiar su desarrollo.

Julio Frenk Mora

Introducción

El 15 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud (LGS) para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Con ello culminó un proceso de más de dos años de intenso trabajo entre el Ejecutivo Federal, el Congreso de la Unión, los gobiernos estatales y diversas organizaciones sindicales y profesionales del sector salud.

Esta reforma surge de la necesidad de proveer una alternativa de protección social en salud –mediante un nuevo esquema de aseguramiento público en salud– para la población que actualmente no cuenta con acceso a mecanismos de esta naturaleza como es la seguridad social. Ello es parte de la estrategia para garantizar el acceso integral a los servicios públicos de salud para todos los mexicanos bajo un sistema de aseguramiento universal en salud, sin distinción de su condición social, laboral y económica. Asimismo, la reforma obedece al reto que tiene el sector salud de hacer frente a las presiones financieras que se derivan de las transiciones demográfica, epidemiológica, tecnológica, económica y política que experimenta nuestro país. Finalmente, también se inserta como parte de la estrategia de brindar protección financiera a toda la población en materia de salud de acuerdo con lo establecido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA).

El SPSS proporciona protección financiera a las personas que no son derechohabientes de las instituciones públicas de seguridad social, principalmente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). De esta forma, los grupos de población beneficiados por el SPSS son los trabajadores no asalariados, los auto-empleados y los desempleados, incluyendo a sus familiares y dependientes económicos. Esta protección se brinda bajo un nuevo esquema de seguro público de salud, que es coordinado por la Federación y operado por las entidades federativas.

El esquema de financiamiento que se establece en la LGS para el SPSS se sustenta en reglas claras que definen derechos y obligaciones para la aportación y concurrencia de recursos para la salud. Este esquema de financiamiento también busca la reducción del *pago de bolsillo*

que realizan las familias al momento de recibir la atención y lo sustituye por el *pago anticipado* de una cuota anual de afiliación, proporcional a la capacidad económica de la familia, logrando de esta manera proteger financieramente a los hogares y promover el principio de equidad bajo el cual las personas contribuyen al sistema de salud de acuerdo con su capacidad de pago, y reciben los servicios de acuerdo con sus necesidades de salud.

Adicionalmente, a la fecha el SPSS ha logrado reducir los desequilibrios financieros que obstaculizan el adecuado aprovechamiento de los recursos públicos para la salud: a) bajo nivel de inversión en salud; b) origen ineficiente de los recursos para financiar los servicios de salud debido al predominio del gasto de bolsillo; c) distribución no equitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas; d) falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno; y e) la creciente proporción del gasto público destinado a la nómina.

El objetivo de este documento es presentar los elementos conceptuales, principalmente financieros y operativos del SPSS.

El capítulo 1 aborda de manera breve el contexto internacional de la protección social en salud. Asimismo, se exponen las causas que –a la luz del contexto nacional– dieron lugar en el año 2003 a la reforma a la Ley General de Salud en materia de protección social en salud, particularmente aquellas vinculadas con la situación del financiamiento de la salud en México.

En el capítulo 2 se describe el programa *Salud para Todos* (Seguro Popular de Salud) que antecedió a la reforma. Posteriormente se aborda el proceso de reforma a la Ley General de Salud para crear el SPSS. Se describen los beneficios esperados de su implantación y se concluye con una visión general del diseño del SPSS que expone la relación existente entre el financiamiento, la operación y la transferencia de riesgos comprendida bajo este nuevo esquema de aseguramiento público en salud.

El capítulo 3 se enfoca en la descripción del marco financiero del SPSS, específicamente en términos de los elementos innovadores del modelo de financiamiento para los servicios de salud a la comunidad (salud pública) y los servicios de salud a la persona (atención médica).

Los componentes del modelo operativo y organizacional del SPSS se detallan en el capítulo 4. En él se describe la estructura operativa, las funciones que deben realizarse y quiénes son los responsables de éstas para el buen funcionamiento del SPSS, tanto en el ámbito federal como estatal. Además se mencionan los aspectos que vinculan al SPSS con el Sistema Nacional de Salud. El capítulo concluye al señalar los retos identificados a la fecha para la implantación y operación del SPSS.

En el capítulo 5 se describen los procesos de evaluación previstos para el SPSS, tanto en la esfera de los resultados intermedios como del desempeño o impacto en los objetivos del sistema de salud de acuerdo con lo estipulado en el PRONASA. Finalmente, el capítulo 6 esboza de manera prospectiva una serie de temas que será necesario abordar como parte de la cosolidación de la protección social en salud en el mediano plazo.

UNO.

Motivación para la reforma

1.1. LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

A lo largo del siglo XX se desarrollaron diversos y complejos sistemas de salud en el mundo. De manera simultánea, este proceso organizacional a nivel mundial ha sido acompañado por grandes avances tecnológicos en la atención médica. Sin embargo, uno de los mayores retos emergentes que los sistemas enfrentan cada vez con mayor preocupación es la implantación de mecanismos efectivos, equitativos y sustentables para financiar los servicios de salud. La búsqueda e implantación de dichos mecanismos ha propiciado que los sistemas de salud se caractericen por ser dinámicos. Este dinamismo se ha traducido, desde la década de los años ochenta, en reformas de carácter continuo y progresivo.

Desde la perspectiva ética, los sistemas de salud pueden clasificarse en uno de los siguientes grupos:

- Los sistemas que consideran a la salud como un bien social, el cual debe estar a disposición de todos los miembros de la sociedad, bajo los mismos términos de acceso, financiamiento y calidad. Un buen ejemplo de este tipo de sistemas es el canadiense.
- Los sistemas que consideran a la salud como un bien social de manera que se cubra un conjunto de beneficios esenciales para todos los miembros de la sociedad bajo los mismos términos de acceso, financiamiento y calidad, y permitiendo que los grupos sociales con mayores recursos económicos adquieran cobertura complementaria. La mayoría de los sistemas de los países de Europa Occidental se encuentra en este grupo.
- Los sistemas que consideran a la salud como un bien de consumo privado. Por lo tanto, el acceso, el financiamiento y la calidad de este bien varía con el nivel socioeconómico de los miembros de la sociedad. El sistema de salud de los Estados Unidos es el ejemplo clásico de este grupo.

Cada uno de los grupos antes referidos tiene características específicas respecto al acceso, financiamiento y

calidad, ya que responden a la percepción sobre el valor que tiene la salud para las sociedades de los distintos países. Algunas naciones desarrolladas, específicamente aquellas cuyos sistemas de salud se encuentran en alguno de los primeros dos grupos, han generado esquemas de aseguramiento que permiten brindar protección social en salud a toda su población. Esta tendencia ha sido observada también por algunos países de América Latina, entre los que destacan Chile y Colombia.

Durante las últimas décadas del siglo XX y en los albores del siglo XXI, los países de la región de América Latina y el Caribe se han caracterizado principalmente por periodos de crisis económicas que han afectado a todos los sectores de la sociedad y a sus instituciones. La protección social, que incluye al sistema de salud, no ha estado exenta de los efectos de las crisis y, en consecuencia, ha sido objeto de cambios importantes a través de una serie de reformas emprendidas en los países de la región.

En este contexto, entre los esfuerzos concretos para la promoción de reformas a los sistemas de salud de la región destaca el estudio "Economía y Salud" desarrollado por la Fundación Mexicana para la Salud en la década de los años noventa. Asimismo, el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 -publicado por la Organización Mundial de la Salud- ha jugado un papel clave para analizar los logros y los desafíos que enfrentan los sistemas de salud a partir de un planteamiento conceptual sobre los objetivos y funciones que desarrollan los sistemas de salud. Este planteamiento conceptual establece, como uno de los objetivos de los sistemas de salud, lograr la equidad en las contribuciones financieras.[1] Esto significa que los hogares no deben verse obligados a empobrecerse o a pagar una proporción excesiva de sus ingresos para obtener atención médica. Esto conlleva la solidaridad social en los riesgos financieros, y el principio de que los hogares con menores ingresos deben contribuir financieramente en menor proporción al sistema de salud que los hogares con mayores ingresos. Las contribuciones financieras al sistema deben reflejar las desigualdades en el nivel de ingreso de los hogares.

Este objetivo general de los sistemas de salud fue abordado en la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2002. En dicha reunión se trató el tema de la extensión de la protección social en salud, y posteriormente se impulsó una iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud con el objetivo principal de reducir las inequidades en el acceso y financiamiento a los servicios de salud. De la iniciativa se definió la extensión de la protección social en salud como:

> "La garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener el acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo".

En consecuencia, la exclusión de la protección social en salud se entiende como la imposibilidad de un individuo de obtener la garantía de acceso y financiamiento a la salud. Cabe destacar que el grupo de personas que conforman a la población excluida de la protección social en salud está compuesto generalmente por los pobres, los adultos mayores, las mujeres, los niños, los grupos indígenas, los trabajadores no asalariados, los trabajadores de la economía informal, los desempleados, los subempleados, así como la población rural.

1.2 LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LOS RETOS DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

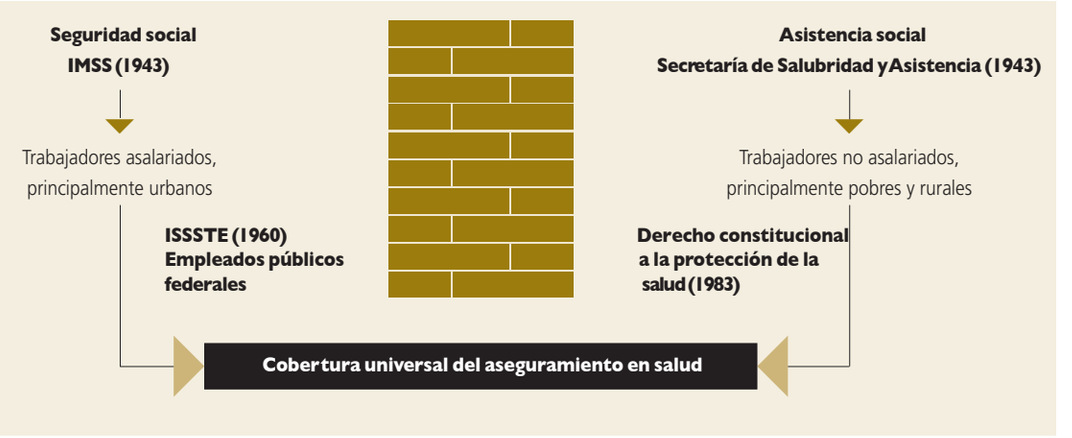
Los sistemas de salud de la mayor parte de los países de América Latina se componen por tres subsistemas: la seguridad social, los servicios públicos y los servicios privados, que presentan distintos grados de desarrollo según el país de que se trate. En el caso de México, estos tres subsistemas han mantenido un desarrollo por separado, con la consecuente fragmentación del sistema de salud.

La seguridad social nace el primero de enero de 1943 con la fundación del IMSS, que ofrece un conjunto de prestaciones económicas (pensiones, invalidez, muerte) y en especie (atención de enfermedades y maternidad) a los trabajadores asalariados de la economía formal. Los servicios públicos se formalizan meses más tarde, el 15 de octubre del mismo año, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyo nombre tenía implícita una concepción asistencial, para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos (figura 1.1).

Así, nuestro sistema de salud nació dividido al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos -a quienes llamó "derechohabientes"- y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes eventualmente se les denominó como "población abierta". Posteriormente y bajo esta misma división de origen entre la seguridad

[1] Los otros dos objetivos son el mejoramiento de la salud de la población y brindar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.

Figura 1.1
Hacia un sistema universal de salud



social y los servicios públicos, se crearon en paralelo otras instituciones de seguridad social. Entre ellas, cabe mencionar la creación, en 1960, del ISSSTE que ofrece cobertura en salud para los trabajadores de la administración pública federal.[2]

De esta manera, nuestro sistema de salud se caracteriza, hoy en día, por el ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud, resultado de la fragmentación institucional asociada a la condición socioeconómica y principalmente laboral de la población.

Este modelo ya no responde a la realidad de nuestro país. En la actualidad, el mayor reto del sector salud es romper las barreras institucionales y construir un auténtico sistema universal de protección social en salud, que comprenda no sólo la seguridad social formal, sino también nuevos mecanismos de acceso efectivo a los derechos sociales, como es el caso de la salud, para quienes no participan como asalariados en el sector formal de la economía.

Adicionalmente al modelo de protección social, la problemática en salud de México se caracteriza por transiciones en los ámbitos demográfico, epidemiológico, social, económico y político que se han suscitado en los últimos años.

La transición demográfica supone un aumento en la participación relativa de los adultos mayores en nuestra estructura poblacional y un acelerado proceso de urbanización. A su vez, la transición epidemiológica se refleja en el peso creciente de enfermedades cada vez más complejas y costosas como principales causas de muerte y discapacidad. En lo social, destaca el incremento de los años de escolaridad y la creciente participación de la mujer en la fuerza de trabajo. Asimismo, se hace énfasis en la transición económica, la cual se sustenta, cada vez más, en el cambio en las modalidades de contratación, la participación del mercado informal en el proceso productivo, así como en la acelerada tasa de urbanización del país. Por su parte, la trascendencia de la transición política muestra como signo indudable, la creciente demanda por el acceso a los beneficios sociales basado en el ejercicio pleno de la democracia.

Estos cambios se han traducido en presiones sobre el sistema de salud, algunas de ellas inéditas. Las transiciones epidemiológica y demográfica se reflejan en una mayor demanda de servicios más complejos y costosos que los asociados con las infecciones comunes y los problemas de salud reproductiva. El mayor nivel educativo de la población ha generado una capacidad más refinada para interactuar con los prestadores de servicios médicos. La creciente participación de la mujer en el mercado de trabajo ha obligado a las instituciones de salud y bienestar social a incrementar sus apoyos al núcleo familiar. Finalmente, la sociedad mexicana, cada vez más participativa y crítica, demanda más y mejor información, más opciones de atención a la salud, así como servicios de mayor calidad.

A partir de este análisis, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA) presenta un diagnóstico puntual de la problemática del sistema que toma en cuenta

[2] En cuanto al sector privado, éste se constituye por compañías de seguros privados que ofrecen cobertura por gastos médicos y un número importante de prestadores de servicios médicos, concentrados principalmente en zonas urbanas. El sector asegurador privado es pequeño: representa cerca de 3% del gasto total en salud. Como se verá más adelante la alta proporción del gasto que destinan los hogares a la compra de servicios médicos en el sector privado da cuenta de la limitada cobertura de la protección social en salud en México. El objetivo de esta sección es abordar el tema de la protección social bajo la perspectiva del sector público por lo que el tema de la participación del sector privado está fuera del alcance de este documento.

riesgos y daños específicos, un enfoque de la salud a partir de ciclos de vida, la situación particular de grupos vulnerables y el desempeño del sistema de salud con base en su estructura y funciones.

Derivado de este diagnóstico se identifican tres retos a los que se enfrenta el sistema de salud para llevar a cabo su objetivo fundamental: mejorar las condiciones de salud de la población. Estos retos son: equidad, calidad y protección financiera (figura 1.2).

El reto de la equidad se vincula con el hecho de que en México se han acumulado importantes rezagos y persisten dolorosas desigualdades. Buena parte de los mexicanos sufre los padecimientos típicos del subdesarrollo: enfermedades infecciosas, desnutrición y padecimientos ligados al embarazo y al parto. Al mismo tiempo, México se enfrenta a los problemas derivados del crecimiento industrial y urbano: las enfermedades del corazón, la diabetes, el cáncer, las enfermedades mentales y las adicciones, así como las lesiones tanto accidentales como intencionales.

El segundo reto deriva de la heterogeneidad en los niveles de calidad que las distintas unidades de atención ofrecen a los ciudadanos. El concepto de calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes. Este concepto incluye dos dimensiones: la calidad técnica y la calidad interpersonal. La primera, busca lograr los mejores resultados que la ciencia médica actual puede ofrecer. La segunda es lo que se ha llamado "calidez" de la atención, es decir, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción. El reto de la calidad demanda que en cada rincón del sistema se ofrezcan mejores resultados, incluyendo atención oportuna y trato digno.

El tercer reto reside en la falta de protección financiera para más de 50 millones de mexicanos que no gozan de cobertura financiera de servicios de salud. A pesar de los avances de la seguridad social, más de la mitad del gasto en salud en México procede directamente del bolsillo de las personas, quienes deben pagar por su atención en el momento mismo de usar los servicios. Esto deja a millones de familias ante la disyuntiva de empobrecerse o ver a sus familiares sufrir enfermedad y dolor por falta de recursos económicos.

El PRONASA se propone enfrentar estos retos mediante el cumplimiento de cuatro objetivos sustantivos y un quinto objetivo instrumental:

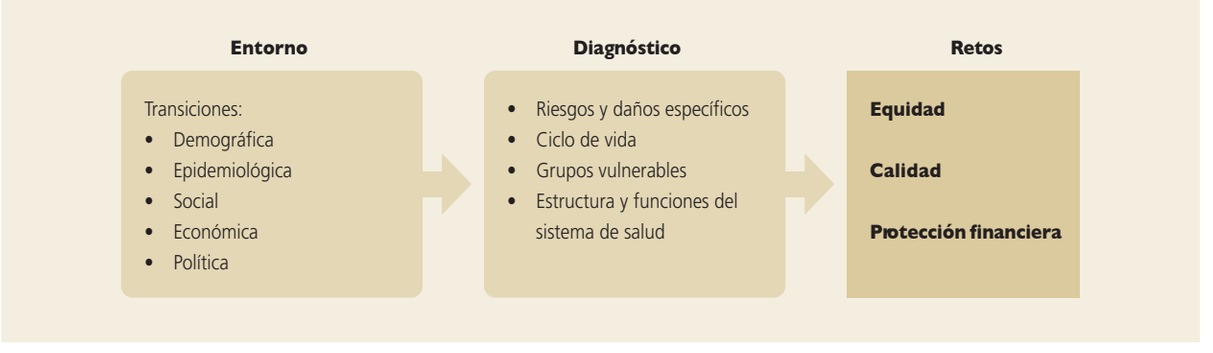
1. Mejorar la salud de los mexicanos;
2. abatir las desigualdades en salud;
3. garantizar un trato adecuado;
4. asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud; y
5. fortalecer el sistema de salud.

Asimismo, el PRONASA busca enfrentar estos retos en el marco de un sistema de salud que:

1. Propicie un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable;
2. perciba a la salud no sólo como responsabilidad de un sector especializado de la administración pública, sino como un objetivo social compartido que garantice el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad; y
3. satisfaga las necesidades de salud y responda a las expectativas de la población, al tiempo que ofrezca oportunidades de desarrollo profesional a los trabajadores de la salud.

Lo anterior, con el objetivo de establecer la universalidad de los servicios de salud; esto es, cubrir a todos los mexicanos y romper las barreras que han separado a los distintos grupos de la población, y que han dado lugar a enormes inequidades en materia de salud.

Figura 1.2
Retos y objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006



1.3 DIAGNÓSTICO DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN MÉXICO (2001-2002)

Entender los problemas asociados con la justicia en el financiamiento y la falta de cobertura universal de aseguramiento en salud en México ha requerido de un análisis más profundo sobre la forma en que se financia la salud en nuestro sistema. Así, mediante la implantación de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) ha sido posible identificar y medir el flujo de recursos tomando en cuenta su origen y los diferentes fondos, instituciones o niveles de gobierno hacia los cuales dichos recursos se destinan.

Desde inicios del 2001, se identificaron cinco desequilibrios que tienen implicaciones relevantes desde una perspectiva de equidad en el financiamiento de la salud: i) bajo nivel de inversión; ii) origen ineficiente de los recursos para financiar la salud, debido al predominio del gasto de bolsillo; iii) distribución no equitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas; iv) falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno; y v) el creciente destino del gasto público hacia la nómina.

i) Bajo nivel de inversión en salud

La figura 1.3 muestra que, en 2002, México invirtió en salud recursos equivalentes a 6.1% del PIB. Esta cifra es menor al promedio latinoamericano (6.6%) y es relativamente baja si se compara con el nivel de inversión observado en otros países con un nivel de ingresos semejante tales como: Costa Rica (9.3%), Brasil (7.9%) y Uruguay (10.0%).

Al analizar el nivel de inversión comparado con el ingreso per cápita (PIB per cápita), se observa que la mayoría de las naciones presenta una relación positiva entre el ingreso per cápita y la inversión en salud. Es decir, que a mayor ingreso per cápita mayor es el gasto en salud. En el campo de la salud existen las soluciones técnicas, es decir las tecnologías para resolver un número significativo de problemas de salud. Sin embargo, lo que falta son recursos suficientes para poner esas soluciones al alcance de todos.

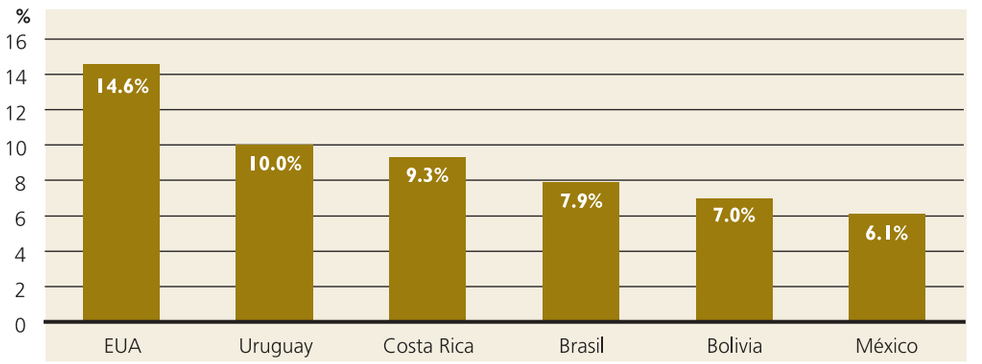
Hacer frente a los retos que enfrenta nuestro sistema de salud requiere de un incremento importante en la cantidad de recursos que se destinan al financiamiento de la salud.

ii) Predominio del gasto de bolsillo

El financiamiento del sistema de salud proviene de tres fuentes: a) recursos públicos, los cuales comprenden los presupuestos gubernamentales ya sea en el ámbito federal o estatal; b) las contribuciones a la seguridad social; y c) el gasto privado que realizan de manera directa los hogares, ya sea a través de primas de seguros o gasto de bolsillo.

Los recursos públicos o presupuestos gubernamentales se componen por aquellos recursos que ingresan mediante el cobro de impuestos generales (Impuesto al Valor Agregado o IVA; e Impuesto sobre la Renta o ISR), ingresos derivados del petróleo y otros impuestos. En el caso de las contribuciones a la seguridad social, éstas

Figura 1.3
Bajo nivel de inversión en salud
GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB, 2002

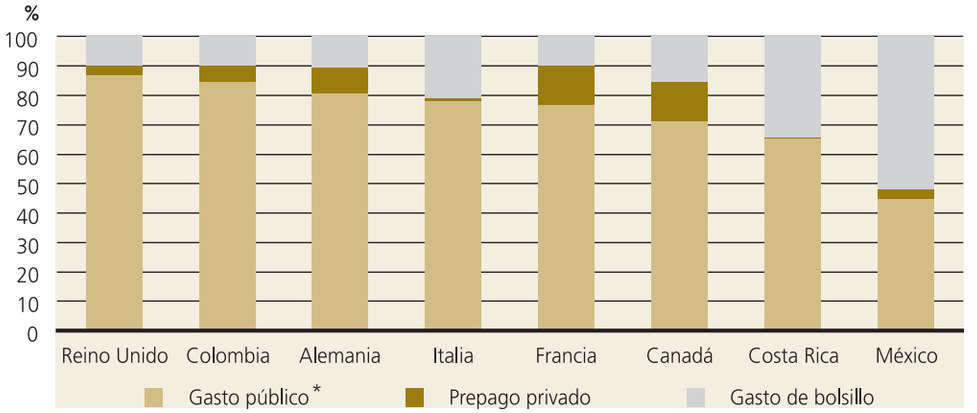


Fuente: Elaborado con base en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2005 de la OMS. En el caso de México, la información fue proporcionada por la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

Figura 1.4

Composición desigual del gasto en salud

PORCENTAJE DE GASTO PÚBLICO Y PRIVADO CON RESPECTO AL GASTO TOTAL EN SALUD, 2002



* Incluye contribuciones a la seguridad social.

Fuente: Elaborado con base en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2005 de la OMS. En el caso de México, la información fue proporcionada por la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

ingresan como fuente de financiamiento a través de impuestos a la nómina en donde participan tanto empleadores como trabajadores.[3]

El gasto privado en salud se divide en prepago privado y gasto de bolsillo. Mediante el prepago se financian esquemas privados de aseguramiento ofrecidos por las compañías aseguradoras y los fondos mutualistas o algún otro tipo de asociación especializada en la diversificación comunitaria de riesgos. Con estos esquemas se cubren, de manera anticipada, los gastos de atención médica en caso de enfermedad para un grupo de asegurados. El gasto de bolsillo comprende el pago que realizan de manera directa los hogares al prestador de los servicios en el momento de demandar o hacer uso de éstos.

La figura 1.4 muestra que en el caso de México, para 2002 la participación de los recursos públicos (incluyendo los recursos de la seguridad social) representó 45% del gasto total en salud, mientras que el gasto de bolsillo y el prepago privado representaron 52% y 3%, respectivamente.

El alto predominio del gasto de bolsillo preocupa por sus implicaciones sobre la equidad y eficiencia en el financiamiento de la atención de la salud. El gasto de bolsillo rompe con la solidaridad financiera que permite que las personas enfermas y de escasos ingresos se beneficien de las contribuciones de las personas sanas y de mayores recursos. Asimismo, rompe con el principio básico de justicia financiera en salud, que indica que los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud. El gasto de bolsillo no permite la agregación y diversificación de riesgos, además de ser regresivo. Según datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares del 2002 (ENIGH 2002), los hogares ubicados en el decil más bajo de ingresos dedican, en pagos directos, alrededor de 6.8% de su ingreso a la atención de su salud, mientras que los hogares del decil de mayores ingresos dedican a este rubro 2.2% de su ingreso familiar.

Además, el gasto de bolsillo expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de anticipar por la incertidumbre involucrada en la ocurrencia de alguna enfermedad y en los accidentes.

El gasto de bolsillo también frena la efectividad de la atención preventiva porque los pacientes suelen posponer la atención médica hasta que su enfermedad se agrava, en muchos casos de manera irremediable. Finalmente, la enfermedad debilita la posición del consumidor de servicios de salud. Una emergencia no es el mejor momento para hacer juicios sobre calidad y costo. Sin embargo, esta es la situación a la que se enfrenta una persona cuando tiene que pagar de su bolsillo por los servicios de salud que requiere.

Se calcula que anualmente, de dos a tres millones de familias mexicanas incurren en gastos catastróficos por motivos de salud que con frecuencia provocan su empobrecimiento. Vale la pena mencionar que, tan sólo en el último trimestre de 2002, se estima que 3.9% de los hogares del país incurrieron en este tipo de gastos. Al

[3] En el caso del IMSS, además de las contribuciones de patrones y empleados, el Gobierno Federal realiza una aportación por cotizante para el Seguro de Enfermedades y Maternidad.

analizar los hogares con gastos catastróficos por motivos de salud se observa que alrededor de 5% de los hogares no asegurados enfrentan este tipo de gastos mientras que el porcentaje de hogares asegurados que se enfrentan a la misma situación es de 2.6%.[4]

iii) Distribución no equitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas

Para el año 2002, se estima que el gasto público para la población asegurada es 2.3 veces mayor que el gasto público para la población no asegurada por la seguridad social, como se muestra en la figura 1.5.

Por otra parte, se observa una desigualdad en la asignación geográfica de recursos, la cual es el resultado de la distribución histórica de recursos federales hacia las entidades con base en los requerimientos determinados por la oferta de servicios. La figura 1.6 presenta la distribución de recursos federales para atender a la población no asegurada entre entidades federativas en 2002. La distribución muestra una diferencia de 8 a 1 entre la entidad con mayores recursos per cápita con respecto a la entidad con menores recursos per cápita. Esta diferencia no se explica por variaciones en las condiciones o necesidades de salud de la población.

iv) Falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno

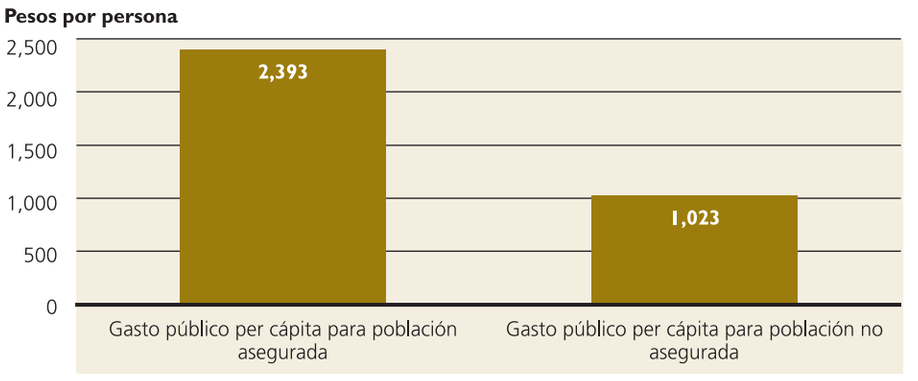
En cuanto a la participación estatal en el financiamiento de la salud, el grado de corresponsabilidad que muestran las entidades federativas es desigual. Por ejemplo, en 2002, en cinco entidades la participación del gasto estatal representó más de 30%, con respecto al total de recursos (federales y estatales) destinados a salud. En contraste, en 14 entidades esta participación ascendió a menos de 10%, y de las cuales en 8 casos no rebasó siquiera 5%.

Aunado a lo anterior, las contribuciones estatales en términos per cápita también son desiguales. La figura 1.7 muestra que en 2002 existía una diferencia de 115 a 1 entre la entidad que aporta más recursos por persona de su propio presupuesto con respecto a la entidad que aporta menos recursos.

v) Creciente destino del gasto público hacia la nómina

Finalmente, como se observa en la figura 1.8, los recursos públicos para población no asegurada destinados al

Figura 1.5
Asignación desigual de recursos públicos según condición de aseguramiento
GASTO PÚBLICO PARA ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS, 2002



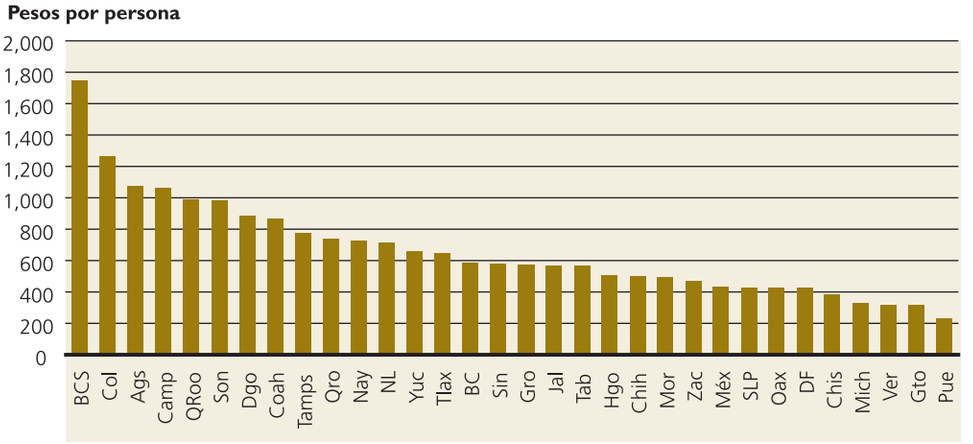
Nota: El gasto público para la población no asegurada incluye el gasto federal (Ramo 12 y Ramo 33) así como el gasto estatal en salud. El gasto público para la población asegurada incluye el gasto del IMSS, ISSSTE y PEMEX.
Fuente: Elaborado con base en información de Cuentas en Salud en el Nivel Federal y Estatal 2002 (SICUENTAS), Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

[4] Se entiende por gasto catastrófico a las erogaciones realizadas en caso de que una familia destine 30% o más de su ingreso disponible o capacidad de pago al financiamiento de la atención de su salud. El ingreso disponible es aquél con que se cuenta un vez descontados los recursos asociados al gasto en alimentos y vivienda. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, OMS.

Figura 1.6

Desigualdad geográfica en la asignación de recursos públicos

RECURSOS FEDERALES (FASSA) DESTINADOS AL GASTO EN SALUD DE LA POBLACIÓN NO ASEGURADA, 2002*



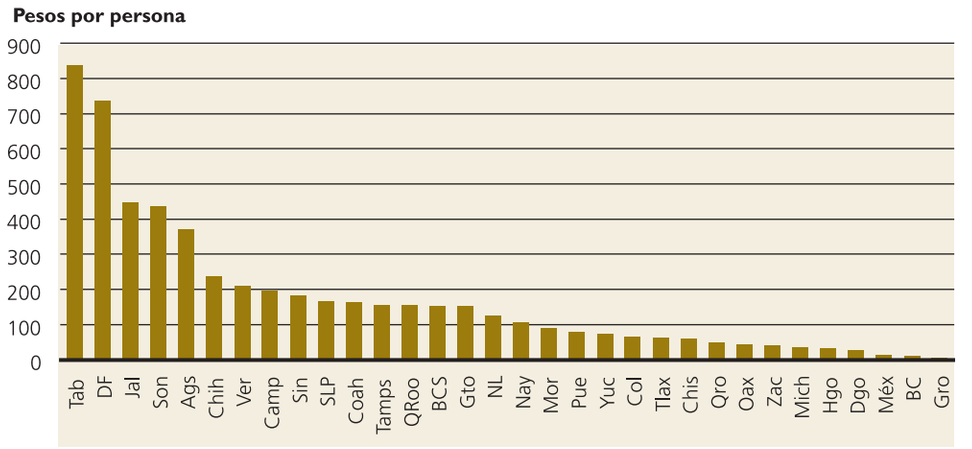
*FASSA: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del ramo 33.

Fuente: Elaborado con base en información de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2002, SHCP.

Figura 1.7

Desigualdad en la asignación de recursos públicos entre órdenes de gobierno

RECURSOS ESTATALES DESTINADOS AL GASTO EN SALUD, 2002



Fuente: Elaborado con base en información de Cuentas en Salud en el nivel Federal y Estatal, 2002 (SICUENTAS), Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

fortalecimiento de la infraestructura son considerablemente menores al gasto de operación (principalmente medicamentos, materiales de curación, y otros insumos y servicios básicos) y en servicios personales (recursos humanos). Esto limita la capacidad de respuesta del sistema para hacer frente a los retos que enfrentará en el futuro.

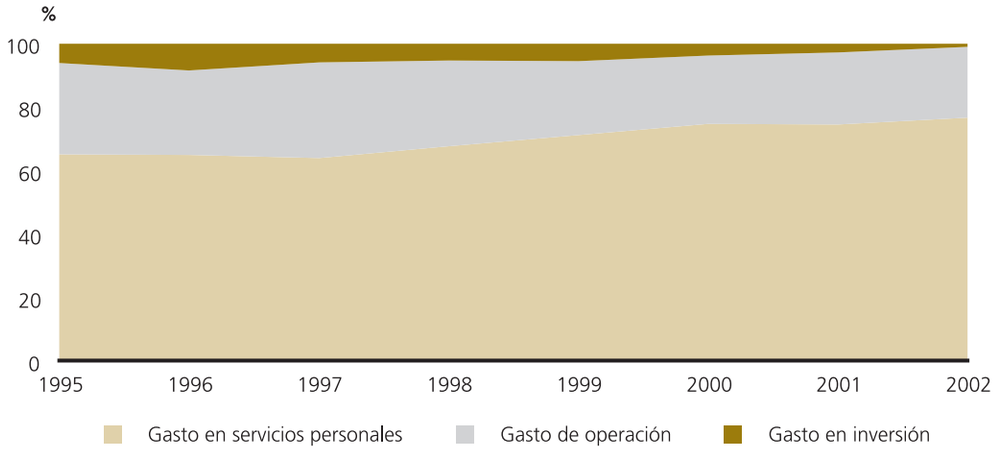
Los desequilibrios señalados reflejan un alto grado de inequidad en el financiamiento de la salud en México. Ello tiene consecuencias sobre la disponibilidad de recursos para la prestación de servicios, sobre la capacidad de los hogares para satisfacer sus necesidades de salud y en última instancia, sobre las condiciones de salud de la población.

En resumen, el bajo nivel de inversión y el predominio del gasto de bolsillo como forma de financiamiento de la salud han limitado el rendimiento de la inversión pública en salud, el uso eficiente de los recursos y el ahorro interno.

Figura 1.8

Desequilibrio en el destino del gasto

COMPOSICIÓN DEL GASTO PÚBLICO PARA POBLACIÓN NO ASEGURADA, 1995-2002



Fuente: Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, Secretaría de Salud.
Nota: Incluye recursos de ramo 12 y del FASSA de ramo 33.

DOS.

Reforma a la Ley General de Salud

2.1 ANTECEDENTES: PROGRAMA SALUD PARA TODOS (SEGURO POPULAR DE SALUD)

La protección financiera en salud para la población no derechohabiente de las instituciones de seguridad social ha sido uno de los pilares que han guiado la acción de la Secretaría de Salud en el periodo 2001-2006. Institucionalmente la protección financiera se fundamenta en la estrategia 5 planteada en el PRONASA de la siguiente manera:

> "Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud".

En particular, bajo esta estrategia se incluye la línea de acción 5.1 "Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular".

Para concretar lo anterior, la Secretaría de Salud impulsó el establecimiento de un programa que permitiera implementar medidas encaminadas a establecer un mecanismo de protección financiera en salud para población sin seguridad social. Dicho programa se denominó oficialmente "Programa Salud para Todos" aunque fue conocido comúnmente como "Seguro Popular de Salud" (SPS).

Además del objetivo de fungir como programa piloto de lo que posteriormente se constituiría como el SPSS, el SPS respondió, al menos, a tres grandes objetivos fundamentales, los cuales se enlistan a continuación:

a) Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud;
b) crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios del SPS; y
c) disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud.

El SPS se caracterizó por ser un seguro público y voluntario, dirigido a las familias sin seguridad social en ma-

teria de salud, con el fin de evitar su empobrecimiento por causa de gastos catastróficos en salud.

La población objetivo del SPS, es aquella población no derechohabiente de la seguridad social y de bajos ingresos -ubicada dentro de los primeros deciles de la distribución del ingreso-.

La implantación del SPS en su fase inicial se realizó de manera gradual. En 2001, inició su operación en cinco estados piloto: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco (figura 2.1).

Durante su fase inicial, el SPS enfatizó la afiliación de las familias no derechohabientes pertenecientes a los primeros seis deciles de la distribución de ingreso (cuadro 2.1).

Como todo esquema de aseguramiento, el SPS ofreció una lista de beneficios explícitos a los cuales el asegurado tenía acceso, siempre y cuando estuvieran vigentes sus derechos. Esta lista, denominada en su momento como Catálogo de beneficios médicos (CABEME), se integró inicialmente por 78 intervenciones con la posibilidad de que en algunas entidades federativas se añadieran otras intervenciones en atención a necesidades de salud y perfiles epidemiológicos específicos.[5] Adicionalmente, las familias recibieron una Carta de Derechos, donde además de explicitar derechos también se incluían las obligaciones de los afiliados y sus beneficiarios.

La unidad de afiliación del SPS es la familia entendida como el titular y su cónyuge, los hijos menores de 18 años y los ascendientes mayores a 64 años que dependen económicamente del jefe de familia. Además, se afilió a las personas mayores de 18 años de forma individual a las cuales se les denominó familia unipersonal.

Se denominó titular al jefe de familia que solicitó el SPS, tanto para él como para sus dependientes económicos, convirtiéndose éstos en los beneficiarios del seguro. A partir del momento en que su solicitud fue aceptada se convirtieron en afiliados del SPS.

El nivel de ingreso no ha sido limitante para la afiliación. Además el asegurado eligió la periodicidad de pago ya fuese semestral o anual. La edad o estado de salud no impidieron la re-afiliación al SPS.

Figura 2.1

Presencia del Seguro Popular de Salud en las entidades federativas durante la fase inicial: 2001-2003

Fuente: Elaborado por la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud con base en el Informe de Resultados del Primer Semestre de 2005 de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

[5] El CABEME eventualmente se transformó en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) y posteriormente en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), el cual se describe más adelante.

Cuadro 2.1

Estadísticas básicas del Seguro Popular de Salud durante 2001 - 2003

Año	Entidades incorporadas al Programa Seguro Popular de Salud	Número de familias afiliadas	Recursos adicionales etiquetados para el Seguro Popular de Salud (pesos)	Costo promedio nacional por persona (pesos)
2001	Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco	59,484	250,000,000	n.d.
2002	20 entidades federativas	296,000	202,618,000	1,411
2003	24 entidades federativas	614,000	293,530,000	1,572

n.d.: no disponible

Fuente: Unidad de Análisis Económico con base en la página web del SPS (www.salud.gob.mx); Reglas de Operación del SPS 2002 y 2003; y presupuestos de egresos de la federación para los ejercicios fiscales 2001, 2002 y 2003, Ramo 12 Salud.

A fin de afiliarse al SPS, las familias acudieron a algún centro de afiliación para que se les practicara un estudio socioeconómico y firmaran una hoja en donde se comprometían a pagar la cuota de afiliación que les correspondía según su nivel de ingresos. Asimismo, debían declarar de buena fe si contaban con aseguramiento a través de alguna institución de seguridad social. Entre las lecciones importantes que arrojó el programa piloto destaca la detección de que, en algunos casos, la información declarada sobre la condición de derechohabiencia o el nivel socioeconómico no era confiable. Como resultado, se consideró importante preservar la premisa de la declaración de buena fe por parte de los afiliados y del personal que apoya el proceso de afiliación. Sin embargo, también se consideró necesario desarrollar en paralelo mecanismos formales que coadyuven a promover la veracidad de la información y el cruce de información sobre condición de aseguramiento entre instituciones públicas.

La prestación de los servicios de salud del SPS fue otorgada por los Servicios estatales de salud (SESA), mediante una red médica conformada por un hospital general y por centros de salud con capacidad para la prestación de las intervenciones incluidas en el CABEME. Para tener acceso a los beneficios del SPS en los hospitales, los afiliados debieron ser referidos de algún centro de salud, excepto en el caso de urgencias.

Dentro del modelo de gestión para mejorar la calidad y oportunidad de los servicios médicos ofrecidos por el SPS se incluyeron las siguientes medidas:

1. Programación de exámenes preventivos;
2. programación de citas para consultas;
3. integración de expedientes clínicos;
4. mecanismo de referencia y contrarreferencia;
5. expedición y surtimiento de recetas; y
6. servicios de atención: información al beneficiario, asesoría y atención de reclamaciones.

Al ser un programa federal, el SPS requirió contar con reglas de operación en las cuales se especificó un esquema bipartita de financiamiento en el que intervenía, de manera mayoritaria, el gobierno federal mediante un subsidio transferido a través de la Secretaría de Salud, así como las familias afiliadas mediante el pago de cuotas de afiliación. Este esquema de financiamiento es distinto al que actualmente da sustento al SPSS; como se verá más adelante, uno de los cambios más significativos del SPSS fue lograr un modelo tripartita más equitativo y sólido.

El subsidio federal a las entidades federativas estuvo sujeto a criterios de selectividad, equidad, objetividad, transparencia, temporalidad y publicidad. El subsidio federal durante esta etapa, en el mejor de los casos, no fue mayor a 30% del costo anual promedio per cápita estatal estipulado por el CABEME (costo promedio por cubrir las 78 intervenciones). La Secretaría de Salud destinó mensualmente el subsidio federal por familia a los SESA. El subsidio federal para cada uno de los ejercicios fiscales correspondientes se calculó como el costo per cápita promedio del CABEME estimado para cada estado menos el monto per cápita de recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud a la persona (atención médica). Con la finalidad de que el subsidio federal se otorgara por familia, el subsidio per cápita se multiplicó por el número promedio de integrantes por familia.

La cuota de afiliación del SPS fue progresiva según el nivel de ingreso de cada familia, y complementaria al subsidio federal. Esta cuota permitió crear una cultura de prevención mediante el aseguramiento, en donde se percibiera la conveniencia de realizar pagos anticipados en vez de pagos directos de bolsillo, con lo que se disminuye el riesgo de incurrir en gastos que lleguen a empobrecer a la familia.

Los SESA administraron los recursos recaudados por concepto de cuotas familiares. La recaudación de estas

cuotas no fue sustancial y la mayor parte fue empleada para adquisición de medicamentos. Sin embargo, en esta fase se identificó la necesidad de utilizar instrumentos más efectivos para el control y supervisión del uso de los recursos.

Como se observará en el resto del documento, si bien hubo cambios sustantivos, principalmente en la estructura de financiamiento, muchas de las características del programa piloto SPS se conservarán para la operación del SPSS con lo que se rescata su valor como fase inicial. Además, es importante enfatizar que el SPS es el instrumento operativo para la atención médica cubierta por el SPSS. El SPSS incluye también –de manera independiente al Seguro Popular– los servicios de salud a la comunidad. Finalmente, cabe mencionar que algunas características del SPS, especialmente el mecanismo de financiamiento, han cambiado para dar mayor sustento a la parte operativa de prestación de los servicios.

Recuadro 2.1 Evaluación del Seguro Popular de Salud

Para dar seguimiento al desempeño del SPS en su fase inicial se realizaron evaluaciones anuales en las que se verificó el cumplimiento de metas y objetivos planteados en el programa. Los resultados de las evaluaciones permitieron realizar las modificaciones que en su caso se requirieron.

La evaluación para 2002 se sustentó en un sistema de seguimiento de las actividades sustantivas del SPS, mediante el uso de 11 indicadores que midieron el porcentaje de familias incorporadas al SPS, así como la desincorporación de éstas por distintas causas y la demanda de servicios de salud, entre otros. Para 2003 se redujeron los indicadores de once a siete. Dichos indicadores se muestran en el siguiente cuadro.

Indicadores 2002	Indicadores 2003
Porcentaje de familias afiliadas	Porcentaje de familias afiliadas
Porcentaje de familias dadas de baja	Tasa de re-afiliación
Porcentaje de familias afiliadas al SPS que se integran a la seguridad social	Monto promedio de cuotas captadas por familia afiliada
Monto promedio de cuotas captadas por familia afiliada	Promedio de consultas por familia afiliada
Porcentaje de la capacidad utilizada en consulta externa	Promedio de egresos hospitalarios por familia afiliada
Porcentaje de la capacidad utilizada en hospitalización	Promedio de días-estancia por egreso hospitalario
Porcentaje de la población afiliada que requirió de atención hospitalaria	Porcentaje de familias encabezadas por mujer
Promedio de días-estancia por egreso hospitalario	
Porcentaje de afiliados con expediente clínico	
Porcentaje de hospitales certificados	
Porcentaje de pacientes referidos al segundo nivel de atención	

Fuente: Reglas de Operación del Seguro Popular de Salud 2002 y 2003.

Además, se realizó una evaluación anual en 2002 y 2003 de manera indirecta a través de instancias internas de la Secretaría de Salud, dentro de las cuales se incluyó un sistema de evaluación del desempeño de salud que cuenta con cinco indicadores de desempeño:

1. Esperanza de vida saludable,
2. índice de desigualdad en salud,
3. índice de trato adecuado,
4. índice de desigualdad en trato adecuado,
5. índice de protección financiera (equidad en el financiamiento federal y protección contra el empobrecimiento).

Recuadro 2.2 Principales lecciones de la fase inicial del Seguro Popular de Salud

La implantación del Seguro Popular de Salud se realizó de manera gradual. Durante la primera fase, que inició en zonas determinadas de cinco estados, se aprendieron varias lecciones que han permitido mejorar su operación gracias a las acciones de seguimiento y evaluación. A continuación se sintetizan algunas de las lecciones más significativas:

- Se identificaron problemas operativos que permitieron afinar los procesos de afiliación y financiamiento;
- la definición explícita de intervenciones (CABEME) financiadas por el Seguro Popular permitió tener un marco de referencia nacional para estimar el costo del nuevo Catálogo (CAUSES), con el cual se pudieron hacer proyecciones, escenarios financieros y análisis comparativos con las secretarías de salud estatales para la toma de decisiones;
- se identificaron intervenciones que representaban una carga importante de la enfermedad en determinadas regiones y se incorporarían gradualmente al CAUSES para garantizar su oferta oportuna y de calidad;
- también permitió tener un marco de referencia para aumentar la cobertura geográfica identificando las unidades de salud que tuvieran la capacidad de oferta de las intervenciones del CAUSES;
- se identificó el abasto oportuno de medicamentos como un componente fundamental para mejorar la calidad de la atención y responder a las demandas legítimas de los usuarios de los servicios;
- se definieron los niveles y montos de las cuotas familiares con base en la disposición a pagar mostrada por las familias participantes así como en la capacidad de pago de las familias.

2.2 PROCESO DE CREACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

A partir de enero de 2001, de manera complementaria al diseño y arranque del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), dio inicio una serie de discusiones con autoridades estatales de salud, legisladores federales y locales, y expertos en materia jurídica y de salud en torno a las alternativas para establecer de manera más formal un tercer esquema de aseguramiento público en salud que cubriera a la población no derechohabiente de la seguridad social.

El 8 de enero de 2001, durante la primera reunión extraordinaria del Consejo Nacional de Salud (CNS) de la presente administración, se presentó la visión estratégica que orientaría la política en salud para el periodo 2001-2006. En este contexto, la protección financiera en salud fue considerada como uno de los tres retos fundamentales del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Para construir el marco conceptual, instrumental y metodológico de la protección financiera en salud, se formaron en el seno del CNS comisiones y grupos de trabajo en los que participaron los titulares de los servicios de salud de las 32 entidades federativas. En un primer momento, se trabajó en el desarrollo de las estrategias y líneas de acción en los grupos de trabajo de: i) equidad presupuestal e indicadores de resultados y desempeño; ii) sistemas de compensación cruzada; iii) Seguro Popular de Salud; así como en la Comisión Jurídica y Administrativa; y la Comisión de Salud Pública. Los trabajos derivados de estos grupos y comisiones, permitieron sentar las bases para la implementación del Seguro Popular de Salud como un programa piloto inicialmente en cinco entidades federativas, y a las que se sumaron rápidamente otras entidades federativas interesadas en la estrategia (figura 2.1).

Como resultado de este proceso y después de 22 meses de consulta y maduración de ideas y textos, el 12 de noviembre de 2002 el Poder Ejecutivo envió una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud al Senado de la República mediante la cual se incorpora, como materia de salubridad general, la protección social en salud y se adiciona el Título Tercero Bis con el cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud.

En consecuencia, inició un proceso de discusión en el cual se incorporaron aportaciones de las distintas fracciones parlamentarias. La interacción en las arenas de discusión de los asuntos públicos, permitió lograr los consensos necesarios para que la reforma a la LGS fuera aprobada por el Poder Legislativo y, con ello, la creación del SPSS. Al mismo tiempo, se estableció un acuerdo básico entre los actores políticos que facilitó la implementación del SPSS en cada una de las entidades federativas del país.

El 24 de abril de 2003, el Senado aprobó el proyecto de decreto modificado con 92% del voto a favor y, en consecuencia, se turnó a la Cámara de Diputados para la revisión correspondiente. El 29 de abril la Cámara de Diputados aprobó la iniciativa modificada en lo general y adicionó un artículo transitorio (con 73% del voto a

favor). Finalmente, el 30 de abril del mismo año, la Cámara de Senadores aprobó la adición del artículo transitorio propuesto por la Cámara de Diputados con 94% del voto a favor.

Los porcentajes de voto a favor en torno a esta iniciativa de reforma reflejan su significado como un paso más en la evolución del sistema de salud y como punto común de encuentro, más allá de las diferentes posiciones partidistas.

El 13 de mayo de 2003, el Presidente de la República firmó el decreto por el que se expide la reforma, el cual fue publicado el 15 de mayo de 2003 en el Diario Oficial de la Federación (anexos AL.1 y AL.2). A lo largo de este proceso, el intercambio de ideas entre los poderes Legislativo y Ejecutivo, así como entre los diferentes órdenes de gobierno fue intenso, lo que permitió enriquecer la iniciativa enviada originalmente por el Ejecutivo.

Tras la aprobación de la iniciativa y con el trabajo desarrollado en las reuniones trimestrales del CNS, en la décima reunión, realizada en mayo de 2003, la actividad de los consejeros se reorientó hacia su participación en grupos de trabajo para la construcción de la plataforma organizativa y operativa del SPSS. Así, se organizaron cinco grupos de trabajo: 1) aspectos jurídicos; 2) prioridades de servicio; 3) movilización y asignación de recursos financieros; 4) organización interna, instrumentos gerenciales y planeación de la infraestructura; y 5) servicios de salud a la comunidad.

Las actividades desarrolladas a partir de la organización colegiada han permitido en los últimos años consolidar al CNS como la máxima instancia de coordinación entre la federación y las entidades federativas dentro del proceso de descentralización que la Secretaría de Salud ha evidenciado desde la década de los años ochenta. En el CNS se definieron y acordaron, por consenso de los 32 consejeros, las prioridades y políticas que han permitido estructurar y dar inicio a la operación del SPSS.

En particular, el papel de las entidades federativas ha permitido continuar por el camino de un mayor federalismo en materia de salud. Lo anterior, bajo un marco de colaboración entre órdenes de gobierno y atendiendo al principio de subsidiariedad en aquellos casos en que esto represente una mayor eficacia del quehacer público y una mayor garantía en la consecución de los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

Derivado de este proceso, el SPSS ha incluido propuestas concretas para establecer mecanismos que permitan no sólo la comunicación, sino la participación activa en la toma de decisiones entre diferentes órdenes de gobierno. Al mismo tiempo se ha buscado dar mayor definición en términos de responsabilidades y facultades tanto para el gobierno federal como para las entidades federativas.

Asimismo, la reforma procuró una definición más clara del ámbito de competencia del Consejo de Salubridad General como órgano colegiado interinstitucional cuyo papel es fortalecer el carácter sistémico del sector salud.

Una vez que la reforma fue aprobada, inició la negociación de la firma de los acuerdos de coordinación del SPSS con las entidades federativas. Este proceso constó de tres etapas fundamentales:

1. Presentación de las ventajas y compromisos que adquiere la entidad federativa al adherirse al SPSS. Este paso fue especialmente relevante para informar la negociación con los nuevos titulares de salud en las entidades federativas, quienes tuvieron que familiarizarse con el SPSS tan pronto como tomaron posesión de su cargo;
2. definición de metas de afiliación para el año que ampara el acuerdo. Esto significó la negociación de las metas de afiliación en el ámbito nacional y estatal considerando la factibilidad de cumplir con las prioridades de afiliación definidas en la LGS, la disponibilidad de recursos para el año fiscal, la oferta de servicios existente y la gradualidad requerida por Ley;[6]
3. ratificación de compromisos. Esta ratificación tiene el objetivo de generar continuidad en el proceso de implantación del SPSS, el cual es particularmente relevante durante los periodos de transición gubernamental (a nivel estatal y federal), así como en el periodo de expansión de cobertura, que culminará en el año 2010.

Es importante mencionar que los acuerdos de coordinación son multianuales y los elementos sujetos a ratificación anual son los anexos donde se especifican los compromisos en materia de afiliación y la estimación del flujo anual de recursos financieros conforme a lo establecido en la LGS. La multianualidad del acuerdo implica que una entidad federativa se compromete a permanecer en el SPSS una vez que ésta firma por primera vez el acuerdo de coordinación.

Para completar el andamiaje legal que sustenta al SPSS se han generado una serie de reglamentos internos, reglas de operación y lineamientos que permiten dar claridad tanto a la operación como al financiamiento y la rectoría del sistema.

[6] La reforma a la Ley General de Salud establece un horizonte de instrumentación gradual de siete años comprendidos en el periodo 2004-2010, donde cada año se incorporará al SPSS a 14.3% de la población no asegurada estimada en 2004.

El proceso de aprobación del Reglamento en materia de Protección Social en Salud (AL.3), se desarrolló en un periodo de poco más de un año a partir de la aprobación de la reforma a la Ley. El tema central en este proceso de negociación fue el componente financiero del Reglamento dado que implicaba una vinculación directa con los recursos públicos asignados para salud a través de la Ley de Coordinación Fiscal a fin de fortalecer la transparencia y seguridad en la asignación de recursos al SPSS. Por dichas adecuaciones, el contenido del Reglamento fue ampliamente discutido con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) antes de su aprobación. El Reglamento fue aprobado y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de abril de 2004.

Recuadro 2.3 Innovaciones en el marco jurídico

En el ámbito jurídico, el derecho a la protección de la salud se establece en el artículo 4º Constitucional. En el caso de los derechohabientes de la seguridad social, el marco legal para hacer efectivo este derecho está plasmado en las leyes que rigen a las principales instituciones de seguridad social y en las que se incluyen de manera explícita los beneficios a que tienen derecho los derechohabientes, así como las reglas para financiar la prestación de los servicios.

Si bien la Ley General de Salud (LGS) representa el principal marco normativo de nuestro país en materia de salud, previo a la reforma, carecía de elementos que precisaran de manera clara las reglas de financiamiento para la prestación de servicios de salud por parte de los servicios estatales de salud. Mediante la reforma a la LGS de mayo de 2003, se incorporó la protección social en salud como materia de salubridad general y se incorporaron las reglas generales de financiamiento y prestación de los servicios para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en el caso de la población sin acceso a la seguridad social.

La reforma modifica los artículos 3, 13, 17, 28 y 35 de la LGS. Asimismo, se adiciona el Título Tercero Bis, el cual incluye diez capítulos y 41 artículos que engloban los siguientes rubros (AL.2):

- Definición del concepto de la protección social en salud;
- distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas;
- definición explícita de los beneficios asociados a la protección social en salud;
- definición de la población beneficiaria;
- creación de los Regímenes estatales de protección social en salud (REPSS);
- establecimiento del esquema de aportaciones para el SPSS, incluyendo los Fondos de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona y a la Comunidad;
- especificaciones en torno a la definición y cobro de las cuotas familiares;
- objeto y constitución del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos;
- objeto y constitución de la previsión presupuestal anual;
- reglas para garantizar la transparencia, control y supervisión del manejo de los recursos del SPSS;
- establecimiento del CONPSS y la CNPSS como expresiones organizacionales para la operación del SPSS;
- definición de los derechos y obligaciones de los beneficiarios, así como causas de suspensión y cancelación al SPSS.

El decreto incluye también 21 artículos transitorios mediante los cuales se establecen las condiciones de gradualidad para implantar progresivamente el SPSS.

De la Ley se desprenden tres reglamentos en los que se precisan diversas disposiciones en materia financiera y organizacional: el Reglamento en materia de Protección Social en Salud, el Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud y el Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Estos reglamentos se presentan en los anexos AL.3, AL.4 y AL.5, respectivamente.

2.3 PRINCIPIOS Y OBJETIVOS

Una de las características del SPSS a lo largo de cada una de las fases que han dado lugar a su creación, ha sido su sustento en un marco ético explícito. En ese sentido, para comprender la naturaleza de la reforma a la LGS, es necesario conocer la base ética que la sustenta. A continuación se describen los principios y objetivos del SPSS.

Los principios que fundamentan al SPSS son:

- Universalidad;
- portabilidad nacional;
- priorización explícita de intervenciones;
- prepago de servicios de salud;
- solidaridad financiera;
- subsidiariedad; y
- presupuestación democrática y rendición de cuentas.

La universalidad en el acceso a los servicios de salud y la portabilidad de beneficios entre zonas geográficas y entre instituciones son elementos centrales para evitar la exclusión social y promover la igualdad de oportunidades, independientemente del nivel de ingreso, de la condición laboral o del lugar de residencia. La portabilidad de beneficios entre zonas geográficas se vincula estrechamente con la autonomía de las personas y su libertad para movilizarse en el territorio nacional, sin que ello merme su derecho a la protección de la salud. Asimismo, la portabilidad de beneficios entre instituciones responde mejor a la dinámica inherente al mercado laboral ya que, a lo largo de su vida, la población económicamente activa transita entre diferentes sectores productivos, entre periodos de empleo y desempleo, entre los sectores formal e informal de la economía o bien, puede contar con diferentes tipos de remuneración o relación contractual. Estos cambios no tienen porqué implicar a la gente una merma en la protección de su salud. Al mismo tiempo, la portabilidad de beneficios permite que la aportación que realiza el gobierno federal siga al beneficiario, independientemente de la institución pública en la que esté incorporado.

La priorización explícita de intervenciones tiene el objetivo de utilizar los recursos destinados a salud de forma que se generen los mayores beneficios posibles en las condiciones de salud de la población. La priorización utiliza como criterios las necesidades de salud más apremiantes de la población y las prácticas médicas que garanticen una mayor efectividad en relación con su costo. Como resultado de la priorización de intervenciones se define de manera explícita el paquete o conjunto de intervenciones médicas que serán cubiertas. La definición explícita de los beneficios cubiertos busca dotar a la ciudadanía de más elementos para exigir su derecho a la protección de la salud, pues conocerán de forma anticipada cuáles son las intervenciones a las que tienen derecho al estar afiliados al SPSS.

El prepago de servicios de salud y la solidaridad financiera, aunadas al principio de subsidiariedad entre órdenes de gobierno y a un proceso de presupuestación sustentado en la población beneficiaria, son elementos esenciales para promover un financiamiento más justo y eficaz de la salud, así como una mayor corresponsabilidad en el financiamiento y operación del sistema de salud.

Finalmente, la rendición de cuentas es una pieza clave para garantizar que la prestación de los servicios y el uso de los recursos respondan a las demandas ciudadanas, lo que implica reconocer el papel que corresponde a la ciudadanía como principal beneficiario del Sistema Nacional de Salud. Como se verá más adelante, los objetivos y las innovaciones fundamentales de esta reforma corresponden tanto a los valores como a los principios señalados en los párrafos anteriores. Los objetivos del SPSS son los siguientes:

i) Ordenar las asignaciones actuales de recursos

La reforma establece un vehículo único para acomodar la multiplicidad de fuentes de recursos para la atención médica de la población no derechohabiente de la seguridad social. Para ello se utilizarán reglas claras de financiamiento dependiendo del tipo de bien o servicio que produce el sistema de salud.

De esta manera, se distinguirá entre aquellos servicios considerados como *bienes públicos*, es decir, aquellos que no son privativos de una persona o paciente en particular, sino que benefician a la comunidad en su conjunto, de aquellos *servicios dirigidos a la persona (atención médica)*.[7] En el primer caso, se trata de servicios que deben ser provistos a la población en general, independientemente de su condición de asegura-

[7] Se entienden como *bienes públicos*, aquellos bienes o servicios que presentan dos características fundamentales: i) *no rivalidad en el cosumo*, cuando la cantidad disponible del bien no se agota cuando lo consume un individuo o grupos de individuos, y ii) no exclusividad, cuando el consumo del bien por parte de una persona no excluye la posibilidad de que otras personas también lo consuman. Es posible considerar como parte de los bienes públicos aquellos bienes y servicios que generan *externalidades*, es decir, aquellos cuya producción o consumo genera un costo o un beneficio para un tercero que no está involucrado directamente en su producción o consumo.

miento. Por su parte, los servicios de atención médica dirigidos a la persona son aquellos comprendidos en los beneficios explícitos para la población afiliada al SPSS.

ii) Corregir gradualmente los desequilibrios financieros y las inercias históricas

Mediante el nuevo esquema financiero del SPSS se busca eliminar los desequilibrios financieros descritos en la sección 1.3 y principalmente incrementar el nivel de inversión en salud como porcentaje del PIB por arriba del promedio latinoamericano (6.6% del PIB en 2002).

Asimismo, se busca modificar la composición de las fuentes de financiamiento en salud al reducir el gasto de bolsillo como fuente predominante de financiamiento y garantizar que los recursos de origen público (incluyendo las aportaciones a la seguridad social y los recursos para salud tanto federales como estatales) se constituyan en la fuente principal de financiamiento del sistema de salud.

Se pretende también promover una mayor equidad en la distribución de recursos públicos para salud entre zonas geográficas, instituciones y grupos de población. Bajo el nuevo esquema financiero del SPSS, la variable clave para la asignación del gasto será el número de familias afiliadas, por lo que la asignación presupuestal se determinará fundamentalmente de acuerdo con la población que demanda los servicios. Así, las entidades federativas recibirán recursos de acuerdo con la población afiliada.

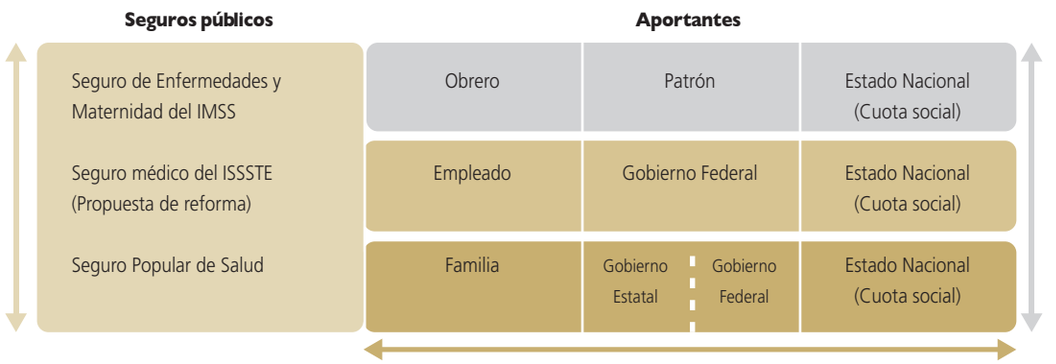
En términos de equidad entre instituciones, la reforma busca homologar las bases de financiamiento para la población no derechohabiente de la seguridad social con aquellas definidas en el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) del IMSS.[8] La estructura del SEM incorpora cuotas obreras y patronales fijadas de acuerdo con el ingreso de los trabajadores, así como una cuota que aporta el gobierno federal en su calidad de Estado nacional por cada cotizante (figura 2.2).

El Seguro Popular de Salud del SPSS cuenta con un esquema tripartito en donde se establece una cuota financiada por el gobierno federal por cada familia afiliada equivalente a la definida por cotizante en el SEM del IMSS.

En el caso del ISSSTE y siguiendo la misma lógica que sustenta al SPSS, si bien el Fondo Médico (seguro médico) opera bajo la lógica bipartita, empleado-gobierno federal, la propuesta de reforma a futuro contemplaría una homologación del financiamiento tripartito con el financiamiento del SEM del IMSS, tal y como se muestra en la figura 2.2. Bajo este mecanismo de financiamiento, el gobierno federal aportaría cuotas tanto en su calidad de patrón como en su calidad de Estado nacional.

En suma, bajo el esquema tripartito del SPSS, las aportaciones tanto del gobierno federal como de las entidades federativas se establecen con base en el número de familias afiliadas. Cabe mencionar que, históricamente,

Figura 2.2
Nueva arquitectura financiera para los servicios de salud a la persona



[8] En la reforma a la Ley del Seguro Social de 1997 se reforzó la progresión en la definición de las cuotas obreras y patronales conforme al ingreso de los trabajadores y también se consolidó la aportación que realiza el gobierno federal en su calidad de Estado nacional por cada cotizante al SEM. La aportación o cuota federal resultado de la reforma de 1997 es considerablemente mayor a la establecida por la legislación precedente. Con la misma lógica de esta aportación, el SPS incluye como parte de su esquema de financiamiento tripartito el pago de una "Cuota social" por parte del gobierno federal.

las asignaciones de recursos para la población no asegurada se han regido por criterios vinculados con la oferta de los servicios, y no necesariamente bajo una vinculación expresa con la población a atender. En ese sentido, las asignaciones solían determinarse de acuerdo al número de plazas de personal y a la infraestructura existente. Mediante el cambio hacia una asignación de recursos por familia se vincula el financiamiento directamente con la población a beneficiar, lo que representa un paso significativo hacia una presupuestación sustentada en la demanda.

En cuanto a la equidad entre grupos de población, la asignación de recursos con base en la población afiliada implica una mayor equidad y progresividad social. La asignación de recursos con base en el número de familias no aseguradas permite vincular la asignación directamente con la ubicación de los hogares por decil de ingreso. De esta manera, se estima que más de 50% de los recursos adicionales del SPSS se canalizarán para la atención médica de las familias ubicadas en los primeros tres deciles de ingreso.

De hecho, la reforma establece como prioridad la afiliación de los hogares de los dos primeros deciles de ingreso residentes en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas (artículo octavo transitorio de la reforma a la LGS de 2003). En la figura 2.3 se muestra la distribución total esperada de recursos bajo el SPSS por decil de ingreso. Ahí se observa cómo, en forma progresiva, los hogares en los deciles de menor ingreso recibirán más recursos públicos mientras que los hogares en los deciles de mayor ingreso recibirán menos recursos públicos, en términos absolutos y porcentuales.

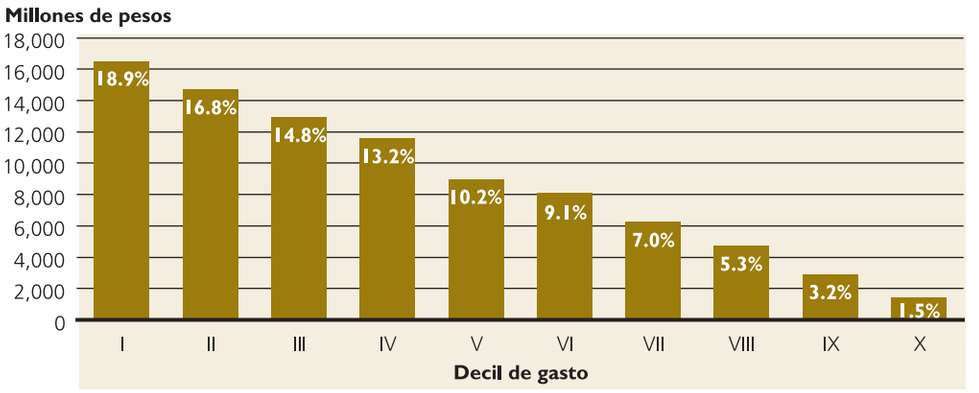
El beneficio de focalizar los recursos de esta manera impacta directamente en los hogares que anualmente incurren en gastos catastróficos al destinar más de 30% de su ingreso familiar disponible a gastos en salud. Sin embargo, también impacta en aquellos hogares en donde el gasto de bolsillo –aun sin ser catastrófico– puede ser causa directa de empobrecimiento (figura 2.4).[9]

Por último, en cuanto al desequilibrio vinculado con el destino del gasto público, la reforma busca promo-

Figura 2.3

Beneficios de la reforma: inversión más equitativa en salud

DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS TOTALES (88,304 MILLONES DE PESOS) DEL SPSS POR DECIL DE GASTO*

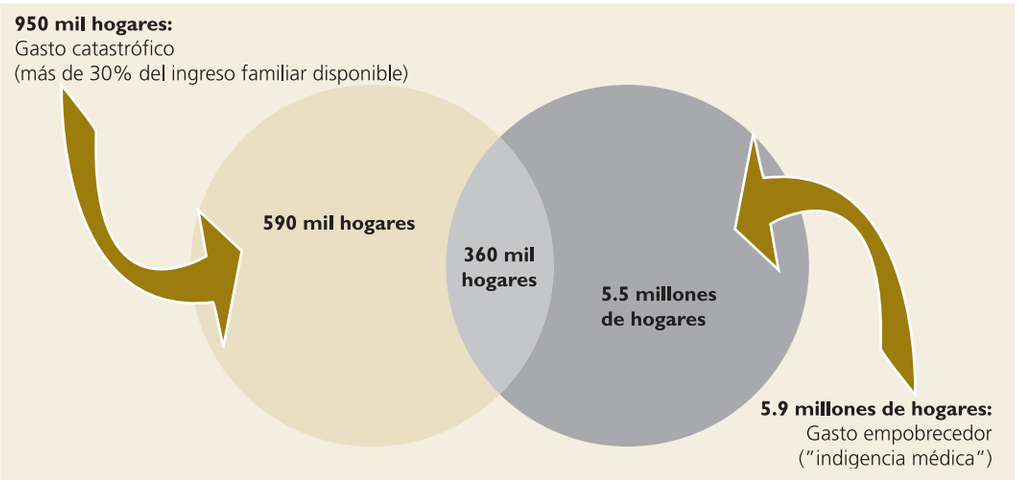


Fuente: Elaborado por la Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud, con base en información de la ENIGH 2002.

* El total de recursos del SPSS comprende la Cuota social (CS) (al 1° de enero de 2004), la Aportación solidaria federal (ASF) y la Aportación solidaria estatal (ASE) bajo un esquema de cobertura universal de la población no asegurada. Ver sección 3.4.

[9] En este caso, por gasto catastrófico se entiende aquel que representa 30% o más del ingreso disponible del hogar, es decir, una vez descontando el gasto en alimentos y vivienda. Por su parte, un gasto empobrecedor es aquel que una vez erogado –e independientemente del porcentaje que represente del ingreso disponible del hogar– deja al hogar con un nivel de recursos por debajo de una línea de pobreza preestablecida. Para efectos de la figura 2.4 se utilizó la línea de pobreza alimentaria estimada por el Comité técnico para la medición de la pobreza en México (junio 2005). Hay hogares que pueden tener gastos catastróficos pero su nivel de ingreso es tal que no implica que los lleve a una situación de pobreza. Análogamente, hay hogares que pueden tener un porcentaje de gasto de bolsillo muy bajo con respecto a su ingreso disponible, y aun así –dado su nivel de ingreso– caer en una situación de pobreza.

Figura 2.4
Beneficios de la reforma: protección financiera para las familias con mayor empobrecimiento por gasto de bolsillo (cifras anuales)



Fuente: Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, 2004. Estimaciones de la Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud.

ver la eficacia de la inversión en infraestructura, principalmente a través de una vinculación explícita entre las necesidades de salud y la erogación en inversión física.

iii) Transitar hacia una lógica de aseguramiento público para financiar la atención médica

Con el SPSS se extenderá la protección financiera a través del aseguramiento público en salud mediante una reducción del gasto de bolsillo al momento de requerir atención médica. A través del pago de una Cuota familiar (CF) anual y anticipada conforme a la condición socioeconómica, las familias afiliadas quedan protegidas financieramente ante la ocurrencia de la enfermedad ya que en caso de requerir los servicios cubiertos no deberán incurrir en gastos de bolsillo adicionales. Dichas familias contarán con la prestación de un conjunto explícito de servicios de salud que incluirá los medicamentos asociados a los tratamientos correspondientes.

Más allá de preferencias ideológicas o regímenes políticos, existe consenso general de que los servicios de salud deben financiarse preferentemente mediante contribuciones realizadas antes del momento de utilizar los servicios. Las características intrínsecas de los fenómenos de la salud –especialmente la incertidumbre que los rodea– hacen necesario tratar su financiamiento como un problema de *aseguramiento* que proteja a las familias del riesgo de un pago excesivo. La forma más equitativa y solidaria de lograr ese aseguramiento es mediante el financiamiento *público*, que en casi todos los países implica una mezcla de impuestos generales y contribuciones a esquemas de seguridad social. La finalidad del SPSS es ampliar el financiamiento público para que incluya también a los trabajadores independientes, no asalariados e informales bajo un sistema universal de protección social en salud, sustentado en reglas de financiamiento conceptualmente equivalentes entre los diferentes esquemas de aseguramiento público que existen actualmente.

iv) Establecer la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y con la ciudadanía

Mediante la definición de reglas claras de financiamiento, la reforma busca promover la participación del gobierno federal y los gobiernos estatales en el financiamiento de la salud. Lo anterior, acompañado de una mayor precisión en la definición de atribuciones entre órdenes de gobierno y el uso de acuerdos de coordinación como instrumento de entendimiento en materia presupuestal. Asimismo, mediante la sustitución de las cuotas de recuperación por el cobro de cuotas familiares en función del nivel socioeconómico, la protección de la salud se concibe como una responsabilidad compartida por el gobierno y la sociedad.

v) Dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales y unificar el esquema de protección social en salud

Con la reforma se busca dar cumplimiento efectivo al derecho a la protección de la salud para todo mexicano establecido en el artículo 4° constitucional al extender la protección social en salud para todos los mexicanos a través de la constitución de un nuevo sistema integrado por tres seguros públicos de salud:

i) El de enfermedades y maternidad del IMSS, para los asalariados del sector privado formal de la economía, esto es aquellos pertenecientes al apartado A del artículo 123 constitucional;
ii) el seguro médico del ISSSTE, para los trabajadores del sector público de la economía, esencialmente los regulados por el apartado B del propio artículo 123; y
iii) el Seguro Popular de Salud para los trabajadores no asalariados, los auto-empleados y los desempleados, así como sus familiares y dependientes económicos.

Bajo esta lógica, uno de los cambios más profundos derivados de la reforma se presentará en la llamada "población abierta" o población no derechohabiente de la seguridad social. Mediante la afiliación explícita al SPSS se busca definir claramente a esta población como población beneficiaria y, por lo tanto, lograr que todos los mexicanos sean derechohabientes ya sea del IMSS, del ISSSTE, o bien del SPSS a través del Seguro Popular de Salud.

Finalmente, la reforma también busca contribuir para que la inversión en salud sea más redituable para el

Recuadro 2.4 Ámbitos de protección en salud

La protección social en salud representa uno de los tres pilares del sistema de salud en donde la participación gubernamental es fundamental para garantizar la protección de la salud de la población. Estos tres pilares son: a) la protección contra riesgos sanitarios y daños a la salud, b) la protección de los usuarios de los servicios médicos y c) la protección social en salud.

- La protección de la población contra riesgos y daños a la salud, particularmente aquellos riesgos asociados con factores externos, tales como el uso de ciertas sustancias tóxicas en la fabricación de lozas y cerámica; factores relacionados con algunos hábitos de vida de la población, tales como fumar e ingerir en exceso bebidas alcohólicas, y factores relacionados con el consumo de bienes y servicios, tales como alimentos, medicamentos, etc., donde no necesariamente hay una relación directa entre la forma en que se generan y los pacientes, pero inciden en la probabilidad de que se genere un daño a la salud;
- la protección de la población en el ámbito de la relación médico-paciente y considerando el derecho de los pacientes a acceder a servicios de salud de calidad, en un contexto donde los problemas de información debilitan su posición como consumidores informados y donde es necesario proteger tanto los intereses del paciente como de los profesionales de la salud, ante posibles conflictos relacionados con la práctica médica;
- la protección social en salud, la cual implica garantizar la protección financiera de la población y eliminar las barreras financieras para el acceso de los servicios de salud, mediante el aseguramiento público en salud.

continúa/

/continuación

La creación del SPSS se orienta precisamente al ámbito de la protección financiera. Además de reducir barreras financieras para el acceso a los servicios, el SPSS incorpora también algunos elementos dirigidos a responder a las expectativas de las personas mediante la prestación de servicios con un mayor nivel de calidad, lo que en suma, vincula directamente esta reforma con los objetivos del sistema de salud de mejorar las condiciones de salud, brindar protección financiera y dar respuesta a las expectativas de la población en materia de trato digno.

Sin embargo, garantizar el derecho a la protección de la salud de manera integral requiere que nuestro sistema de salud realice acciones relacionadas con cada uno de estos tres elementos. Estas acciones tienen un reflejo orgánico a través de tres entidades desconcentradas de la Secretaría de Salud vinculadas directamente con los pilares de la protección de la salud: la COFEPRIS, la CONAMED y la CNPSS.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)

La COFEPRIS es la instancia encargada de ejecutar la política nacional de protección contra riesgos sanitarios. Entre sus actividades se encuentran:

- Regular y evaluar la calidad sanitaria de los bienes y servicios relacionados con la salud como son: alimentos, medicamentos, alcohol, tabaco, cosméticos, productos biológicos y productos biotecnológicos;
- identificar y combatir tanto riesgos ambientales como otros riesgos para la salud de la población; y
- regular a los diversos establecimientos involucrados en la prestación de servicios o generación de bienes que a través del consumo humano tienen un efecto en sus condiciones de salud o en la de terceros.

Mediante la regulación sanitaria, la COFEPRIS opera como un apoyo importante para reforzar los programas de prevención y promoción de la salud, así como, en gran medida, para generar diversos bienes públicos de la salud. Por otra parte, mediante las actividades antes listadas, se regula la multiplicidad de agentes que no están directamente relacionados con la población, ni con la prestación de los servicios de salud, pero que participan en la generación de bienes y servicios. El control de estos agentes es necesario para evitar que la población enfrente riesgos externos a su salud.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

La CONAMED es la instancia cuyo objetivo es proteger a la población en el ámbito de la relación médico-paciente mediante el apoyo y otorgamiento de facilidades para la resolución de conflictos derivados de la prestación de servicios médicos.

Lo anterior, responde a los problemas de información que caracterizan la relación médico-paciente. Los pacientes no cuentan con toda la información necesaria para identificar sus problemas de salud o para decidir acerca de las intervenciones o tratamientos para tratar una determinada enfermedad. Para ello, acuden al médico quien, al contar con mayor información, ofrece o aplica las alternativas de tratamiento.

Sin embargo, en este contexto el paciente suele estar en una posición desventajosa y existe la posibilidad de sufrir algún daño como resultado de la práctica médica. Este daño puede originarse por riesgos inherentes al tratamiento, pero también puede originarse cuando existe negligencia o una mala práctica por parte del médico. Ante esta posibilidad, es necesario dar a los pacientes alternativas para dirimir conflictos que surjan con sus médicos y a través de las cuales se cuente con un tercer agente que funja como árbitro y cuente con información suficiente para opinar sobre los elementos técnicos vinculados con el conflicto.

En el contexto del SPSS, la CONAMED representa la instancia a través de la cual se habrá de procurar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y las familias beneficiarias, bajo criterios de objetividad, imparcialidad y confidencialidad.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

Como se verá a lo largo del documento, la CNPSS es la respuesta organizacional a nivel federal para articular e instrumentar las acciones en materia de protección social en salud definidas en la reforma a la LGS de 2003.

desarrollo económico del país. Una mayor inversión en salud sustentada en un esquema de aseguramiento público promueve un mayor retorno de la inversión pública en salud, así como un uso más eficiente de los recursos. Asimismo, la reducción en el gasto de bolsillo posibilita un mayor ahorro interno. Por otra parte, un mayor acceso a servicios de salud sin necesidad de empobrecerse por ello, redunda en una población más sana y con más posibilidades de tener un mejor rendimiento y aprovechamiento de las actividades diarias. De esta manera, una mayor cobertura se traduce en generaciones futuras más saludables y con mayores posibilidades de incorporarse al mercado laboral, contribuyendo así al desarrollo económico.

2.4 PANORAMA GENERAL

El SPSS comprende elementos financieros y de carácter operativo que serán abordados con mayor detalle en los capítulos siguientes. Como preámbulo, a continuación se esbozan algunos de los elementos principales que lo distinguen. Para efectos ilustrativos, en la figura 2.5 se sintetizan las principales fuentes, flujos y fondos financieros, así como las instancias involucradas en realizar diferentes funciones.[10]

En primer término cabe señalar que bajo el SPSS se diferencian de manera explícita los servicios cubiertos, distinguiendo entre *servicios de salud a la comunidad* y *servicios de salud a la persona* (atención médica). Esta separación responde a diferencias, tanto operativas como de financiamiento, inherentes a cada tipo de servicios.

La rectoría de los *servicios de salud a la comunidad* es realizada por la Secretaría de Salud y la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad (CPSSC), la cual pertenece al Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CONPSS, anexo AL.4). Las fuentes de financiamiento son las siguientes:

- En el caso de *bienes públicos locales*, los recursos provienen del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC). Este fondo se conforma por aquellos recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) de ramo 33 que se canalizan para este tipo de servicios;
- en el caso de bienes *públicos nacionales o regionales*, se cuenta con recursos complementarios al FASC (FASC^c) provenientes del gasto federal (presupuesto de la Secretaría de Salud comprendido en el ramo 12).

La prestación de los *servicios de salud a la comunidad* es realizada por los servicios estatales de salud. En un plano aún más operativo, son las jurisdicciones sanitarias quienes ejecutan la prestación de los servicios de salud a la comunidad mediante unidades de atención y brigadas.

En cuanto a los *servicios de salud a la persona,* la rectoría y evaluación es competencia de la Secretaría de Salud y la CNPSS (anexo AL.5). El financiamiento público de estos servicios se realiza de acuerdo con aquellas intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y el conjunto de enfermedades denominadas como gastos catastróficos. Los recursos provienen de las siguientes fuentes:

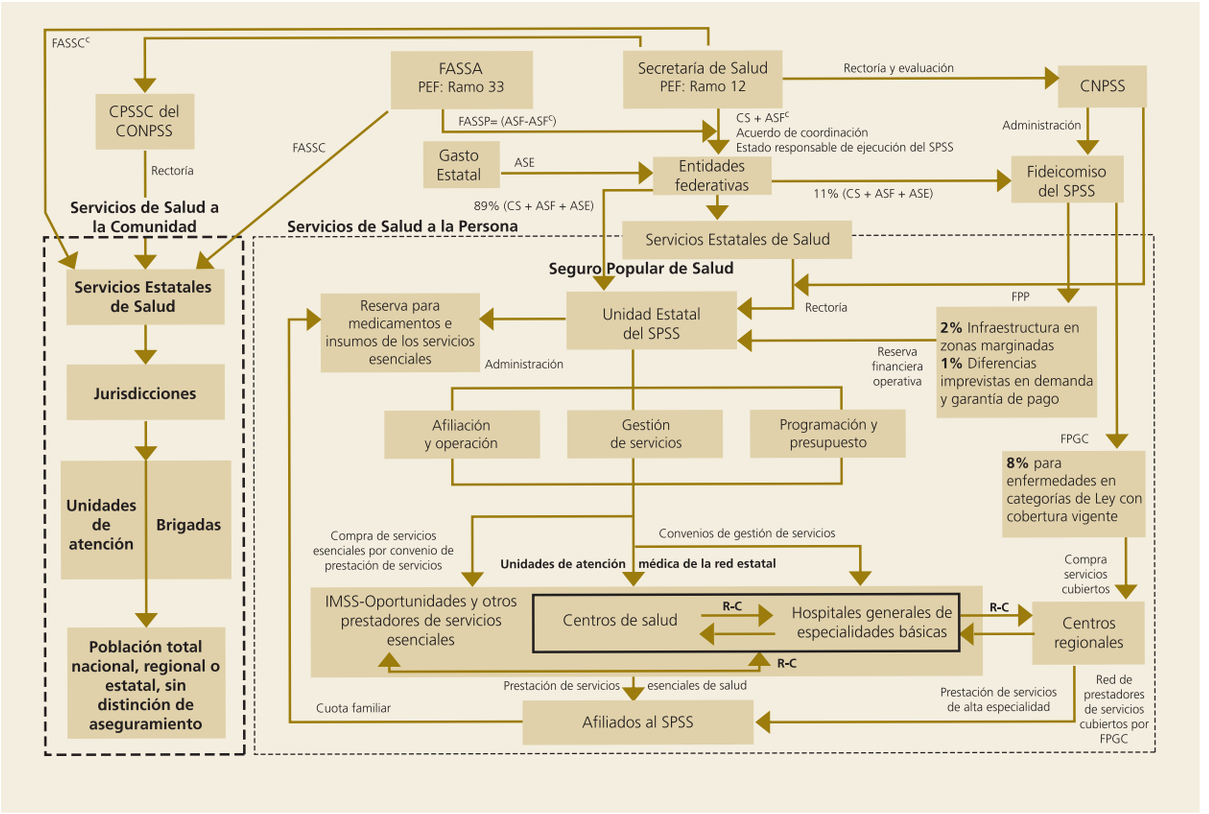
i) **Cuota social (CS).** Este rubro se financia en su totalidad con recursos adicionales, los cuales se presupuestan actualmente en el presupuesto de la Secretaría de Salud (ramo 12);
ii) **Aportación solidaria federal (ASF).** Esta aportación es asignada a las entidades mediante el Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a la Persona (FASP) de acuerdo con lo establecido en la Ley. Para efectos de la ASF, se toman en cuenta los recursos existentes en el FASSA de ramo 33 que se canalizan para la prestación de servicios de salud a la persona. Cuando los recursos de FASSA existentes no son suficientes para sufragar la ASF definida por Ley, se asignan recursos complementarios (ASF^c) provenientes actualmente del presupuesto federal (ramo 12);
iii) **Aportación solidaria estatal (ASE).** Los gobiernos de las entidades federativas realizan esta aportación a partir de sus propios presupuestos estatales.

En materia de atención médica, la implantación del SPSS en las entidades federativas implica la figura de los Regímenes estatales de protección social en salud (REPSS). Estos comprenden las actividades de administración de recursos financieros, afiliación, gestión de servicios, programación y presupuesto que realizan las unidades esta-

[10] En términos generales, las funciones que realizan los sistemas de salud comprenden las siguientes: i) *Rectoría*: actividades de regulación, generación de información, evaluación del desempeño, definición y conducción de políticas públicas, así como la supervisión de las funciones, recursos y facultades; ii) *Financiamiento*: actividades de recaudación, mancomunación y asignación de recursos. Básicamente es el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema. El sistema se encarga de recaudar algunos de los fondos directamente, mancomuna todos los que se reúnen, con la excepción de la tributación general y compra bienes y servicios o los financia directamente; iii) *Prestación de servicios:* actividades de suministro y prestación de servicios de salud a la persona y servicios de salud a la comunidad; y iv) *Generación de recursos*: actividades de inversión en infraestructura, desarrollo de recursos humanos y generación de conocimiento en salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, OMS.

Figura 2.5

Modelo financiero-operativo del Sistema de Protección Social en Salud



Nota: consúltese el significado de las siglas en el apartado de acrónimos.

tales del SPSS que dependen de la autoridad sanitaria estatal.

La prestación de los servicios de salud a la persona es realizada mediante el Seguro Popular de Salud a través de las unidades de atención médica de la red de servicios en el estado. Esta red se compone por prestadores como IMSS-Oportunidades, centros de salud y hospitales generales quienes garantizan la prestación de los servicios esenciales de salud del SPSS. De requerirse atención médica de tercer nivel, los REPSS cuentan con centros regionales de alta especialidad y una red de prestadores de servicios médicos de tercer nivel. Cuando las intervenciones prestadas en estos casos corresponden con aquellas denominadas como gastos catastróficos, son cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). La fuente de financiamiento del FPGC corresponde a 8% del monto que represente la suma de la CS, la ASF y la ASE. Adicionalmente, se destina de este mismo monto (CS + ASF + ASE) 2% para infraestructura en salud en zonas marginadas y 1% para cubrir diferencias imprevistas en la demanda y la garantía de pago. Estos recursos son administrados a través de un fideicomiso (Fideicomiso del SPSS).

TRES.

Marco financiero

3.1 FINANCIAMIENTO ACORDE CON LA NATURALEZA DE LOS BIENES DE LA SALUD

Una de las principales innovaciones financieras de la reforma a la LGS es la definición de los bienes y servicios que provee el sistema de salud, distinguiendo entre dos grandes grupos que se describen a continuación (figura 3.1).

Bienes públicos. Se entienden como aquellos bienes o servicios cuya cantidad disponible no se agota cuando los consume un individuo o grupos de individuos. Al mismo tiempo, el consumo del bien por parte de una persona no excluye la posibilidad de que otras personas también lo consuman. Ejemplos de bienes públicos son algunas tareas vinculadas con la rectoría del sector tales como: la regulación sanitaria, la generación de información y la evaluación. Asimismo se consideran bienes públicos la generación de conocimiento derivado de la investigación y los servicios de salud pública dirigidos a colectividades, tales como la vigilancia epidemiológica, la salud ambiental, la atención en caso de desastres y el control de vectores.

Es posible considerar, como parte de los bienes públicos, aquellos servicios que, si bien se dirigen específicamente a las personas, generan una reducción externa de riesgos; es decir, cuando la prestación del servicio genera un beneficio no sólo para quien lo recibe, sino que el beneficio se extiende al resto de la población. Ejemplo de ello son las campañas masivas de inmunización como las Semanas Nacionales de Vacunación. Otra característica de estos bienes es el hecho de que se proveen independientemente de que las personas acudan a demandarlos.

El financiamiento de los bienes públicos de la salud debe seguir una lógica presupuestal clásica sustentada en impuestos generales, en tanto son bienes que benefician a la población en su conjunto, independientemente de su afiliación a alguna institución pública de salud. Dadas las características de estos servicios es fundamental garantizar su financiamiento de manera independiente.

El financiamiento de la producción de bienes públicos de ámbito local se realizará mediante la distribu-

Figura 3.1
Clasificación de los bienes de la salud

ción del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC), conforme a lo establecido en el artículo 77 Bis 20 del decreto de reforma a la LGS.

Servicios de salud a la persona (atención médica). Estos servicios se brindan cuando la persona se presenta en la unidad de atención médica solicitando espontánea o explícitamente la prestación del servicio. La atención médica comprende servicios otorgados principalmente mediante la interacción directa del médico o personal paramédico con el paciente. En este rubro se incluyen servicios tales como:

- Preventivos;
- diagnósticos confirmatorios aplicados a la persona en las unidades de salud;
- curativos;
- paliativos; y
- de rehabilitación y limitación del daño.

Dada la incertidumbre en el riesgo de sufrir una pérdida de la salud, se ha propuesto que el financiamiento de los servicios de atención médica se sustente, como se ha señalado antes, en una lógica de aseguramiento público financiado de forma tripartita. Bajo esta lógica, la población afiliada al SPSS contribuye al financiamiento mediante el pago de una Cuota familiar de acuerdo con su capacidad de pago, por la que recibe un conjunto de beneficios explícitos establecido en un catálogo de intervenciones que toma en cuenta las necesidades de salud de la población. Con ello, se logra financiar la prestación de los servicios bajo el principio de solidaridad financiera (recuadro 3.1).

3.2 SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD

De forma separada al Seguro Popular, el SPSS incluye el otorgamiento de un conjunto de servicios de salud a la comunidad, mismos que deben ser provistos a la población independientemente de su condición de aseguramiento y que forman parte de las funciones de rectoría en el ámbito estatal, prestación de servicios de salud pública y protección contra riesgos sanitarios, cuya competencia corresponde a los Servicios estatales de salud.

La distinción que se hace en el SPSS entre estos bienes y los servicios de salud a la persona (atención médica) permite establecer reglas de financiamiento diferenciadas y acordes con la naturaleza económica de los bienes de la salud. Es importante señalar que los bienes públicos de la salud se pueden categorizar en uno de dos grupos: 1) los bienes públicos de competencia nacional o regional y 2) los bienes públicos de competencia local o estatal, tal como se observa en la figura 3.2. El órden de gobierno responsable de la rectoría y el financiamiento son distintos según la naturaleza del bien.

Los recursos federales que apoyan la prestación por parte de las entidades federativas de los bienes públicos locales se realizará a través del Fondo de Aporta-

Recuadro 3.1 Subsidios cruzados y transferencia de riesgos en el SPSS

En todo esquema de aseguramiento público de la atención médica en donde existe una descentralización de funciones, la transferencia de recursos financieros implica la existencia de subsidios cruzados entre grupos poblacionales. Además, las transferencias financieras implican traspasar la administración de los riesgos entre órdenes de gobierno o entre la población, así como entre instancias financiadoras y prestadores de servicios. En el caso particular del SPSS, existen dos tipos de subsidios cruzados y cuatro niveles de transferencia de riesgos. Los subsidios cruzados implícitos en el SPSS son los siguientes:

Subsidio de la población sana a la población enferma. Este subsidio es el resultado de dos premisas: i) las contribuciones que realizan los gobiernos federal y estatal, así como las familias, se realizan independientemente de la condición de salud de los miembros de la familia, y ii) los recursos se asignan a los servicios en función de la demanda, es decir, los recursos se utilizan para atender a la población enferma.

Subsidio de la población con mayores recursos financieros hacia la población con menores recursos. Este subsidio es el resultado de las siguientes premisas: i) el cobro de las cuotas familiares es progresivo, es decir, según la condición socioeconómica del hogar. Además, este subsidio se complementa con las aportaciones federales y estatales, las cuales provienen de la recaudación de los impuestos generales, y ii) si la población de menores recursos tiene una mayor demanda por servicios de salud, recibirá indirectamente un subsidio a través de la atención médica que reciba.

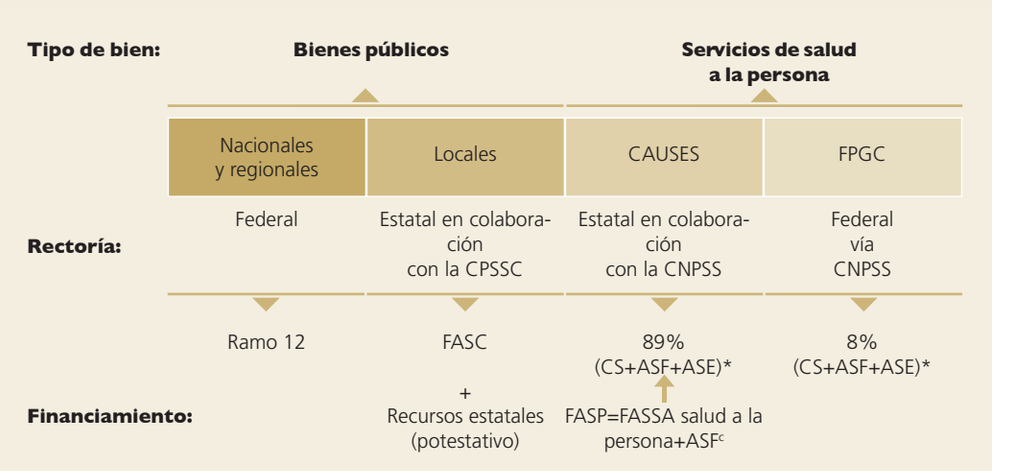
En cuanto a las transferencias de riesgo, el SPSS involucra las siguientes:

Entre órdenes de gobierno. El gobierno federal, al transferir recursos a los gobiernos estatales, también les transfiere el riesgo, así como la responsabilidad de la administración y provisión de los servicios cubiertos por el SPSS. Esta transferencia está sustentada en el componente de la descentralización de la función de la provisión de servicios.
Entre las familias afiliadas y el gobierno estatal. Las familias afiliadas, al pagar su Cuota familiar al gobierno estatal, transfieren al estado el riesgo de financiar y brindar los servicios cubiertos por el SPSS al momento de requerirlos.
Entre el gobierno estatal y los prestadores de servicios en el estado. La transferencia de recursos de los gobiernos estatales hacia las unidades proveedoras de servicios implica la transferencia del riesgo de la gestión de servicios para que el financiamiento sea suficiente. Esta transferencia pretende implantar el concepto de micro-eficiencia en la provisión de servicios.
Entre el gobierno federal y las familias afiliadas. La retención de una porción de los recursos federales y estatales por parte del gobierno federal para cubrir el financiamiento de los servicios de alta especialidad, así como el financiamiento complementario federal para atender contingencias de salud a la comunidad que pudiesen generar desequilibrios en el SPSS y en la sociedad mexicana en su conjunto, representa una administración del riesgo a través de agrupaciones de riesgos a nivel nacional.

ciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC). Las actividades y servicios que serán susceptibles de financiamiento a través de este fondo deben contar con, al menos, uno de los atributos y corresponder con, al menos, uno de los tipos de actividades que se describen en el artículo 5 del Reglamento. Dichos atributos y actividades se muestran en el cuadro 3.1. La lista preliminar de las intervenciones que corresponden a estos servicios de salud se presenta en el apartado 4.10.

El FASC se constituirá contablemente con los recursos que del FASSA se hayan destinado en 2003 a financiar los servicios de salud a la comunidad. Estos recursos constituyen un punto de partida bajo el cual se respetará un monto mínimo para cada entidad considerando el presupuesto histórico asociado a estos servicios y actividades. Sin embargo, el porcentaje de crecimiento del FASC se determinará anualmente tomando en cuenta el crecimiento observado del gasto público en salud y el crecimiento esperado en la población total, así como

Figura 3.2
Financiamiento por tipo de bien y órden de gobierno



Nota: ver el significado de las siglas en el apartado de acrónimos.
* El restante 3% (CS+ASF+ASE) corresponde al FPP.

los recursos necesarios para realizar las acciones cubiertas mediante este fondo.

Manteniendo como asignación base el monto de recursos del FASSA 2003 mencionado previamente, las entidades federativas podrán recibir recursos adicionales resultado del incremento anual en el FASC, en función de la participación de su población con respecto a la población total de las 32 entidades federativas, la cual será ajustada por un factor de riesgo sanitario estatal y un índice de eficiencia de los programas de salud pública (artículos 91-93 del Reglamento).

El índice de eficiencia de los programas de salud pública será construido con base en los resultados de la evaluación de los programas de prevención y promoción de la salud de acuerdo con la metodología *Caminando a la Excelencia.* Dicha metodología utiliza un análisis de vectores para combinar los principales indicadores de proceso y de resultado de cada uno de los programas. El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades es el organismo encargado de publicar los datos oficiales sobre el índice de desempeño en cada entidad federativa que será utilizado para informar la asignación de los recursos del FASC.

Como parte del CONPSS, se establecerá una Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad (CPSSC) como órgano de consulta y opinión para establecer los lineamientos de integración y operación del FASC, así como aquellos criterios vinculados con la salud pública y los factores de ajuste por riesgo sanitario estatal y eficiencia que serán utilizados para distribuir el incremento anual de recursos del FASC.

En las disposiciones reglamentarias se establece que la Secretaría de Salud deberá dar a conocer la información y la metodología utilizadas para estimar la distribución de los recursos del FASC, lo que permitirá reforzar la transparencia y la rendición de cuentas del SPSS.

Por otro lado, los bienes públicos de competencia nacional o regional serán financiados y coordinados a nivel federal por la Secretaría. Los recursos para el financiamiento provendrán del ramo 12 y serán complementarios a los recursos del FASC. Algunos ejemplos de bienes públicos de competencia nacional son las campañas nacionales de vacunación, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la atención en casos de desastres o emergencias y la protección contra riesgos sanitarios.

3.3 DEFINICIÓN Y COSTEO DEL PAQUETE DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD

El SPSS, mediante el vehículo financiero conocido como Seguro Popular de Salud, contempla el aseguramiento de un conjunto de beneficios explícitos de atención médica mediante la priorización de intervenciones que responde directamente a las necesidades de la población afiliada. Así, en lo referente a los servicios de salud a la persona, los recursos provenientes del esquema de financiamiento tripartito del SPSS serán destinados para la prestación de un conjunto de intervenciones seleccionadas mediante un proceso de priorización. La priorización considera criterios de costo-efectividad, continuidad en la atención,

Cuadro 3.1

Servicios de salud a la comunidad: atributos generales y tipo de actividades

A. Atributos generales

I. Cobertura nacional y provistos independientemente de la condición de aseguramiento en salud de la población beneficiaria;
II. otorgados de manera gratuita para la población en el momento de su utilización;
III. acciones de impacto colectivo, que pueden prestarse simultáneamente a todos los miembros de la comunidad o a un grupo de población específica;
IV. servicios que deben proporcionarse independientemente de la existencia de una demanda explícita para los mismos; y
V. prestar el servicio para una persona no reduce la cantidad de recursos disponible para otros miembros de la población.

B. Tipo de actividades de rectoría

I. Emisión y supervisión de marcos normativos y de regulación sanitaria de los productos, procesos, métodos, instalaciones, servicios y actividades que tienen un impacto sobre la salud, según las competencias y atribuciones de las entidades federativas;
II. definición y conducción de políticas de salud, así como la generación y operación de los sistemas de información y evaluación;
III. promoción de la investigación en materia de servicios de salud pública; y
IV. identificación, análisis y evaluación de riesgos sanitarios.

C. Tipo de actividades comprendidas en la prestación de servicios de salud pública

I. Acciones que implican la participación comunitaria y mediante las cuales se evitan o se reducen riesgos para la salud de la población, y promueven el autocuidado de la salud y estilos de vida saludable de manera generalizada;
II. actividades encaminadas a prevenir o contrarrestar los riesgos para la salud de la población en el territorio nacional que se derivan de actividades realizadas por agentes dentro y fuera del sector salud o de eventos no predecibles, coadyuvando a salvaguardar la seguridad nacional;
III. acciones efectuadas sobre la persona, que implican una reducción de riesgos a la comunidad;
IV. actividades de tamizaje;
V. actividades que forman parte de la vigilancia epidemiológica;
VI. acciones de atención a la comunidad en caso de desastres y/o urgencias epidemiológicas;
VII. actividades que permiten proteger contra riesgos sanitarios, que implican el control y fomento sanitario de procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades, así como la emisión, prórroga o revocación de autorizaciones sanitarias que sean competencia o atribución de la entidad, y
VIII. actividades de control analítico y constatación del cumplimiento de la normatividad.

Fuente: Artículo 5 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

cumplimiento con las normas ético-médicas, aceptabilidad social y disponibilidad de infraestructura. Las intervenciones seleccionadas y los medicamentos asociados serán publicados en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) que será entregado a las familias al momento de su afiliación al SPSS.[11]

La determinación de la secuencia y alcances de cada intervención, así como las intervenciones que formarán parte de los servicios esenciales por tipo de establecimiento de atención médica, así como la actualización periódica del catálogo es responsabilidad de la CNPSS.

El SPSS incrementará de manera gradual el número de intervenciones cubiertas como parte de los servicios esenciales. En el anexo AT.1 se presentan las intervenciones y medicamentos incluidos en el CAUSES 2006.

El Reglamento (artículo 9) enumera los siguientes criterios a considerar para la definición del conjunto de servicios esenciales:

I. Incluir las acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, así como las correspondientes a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, vinculadas con las necesidades de salud derivadas del perfil epidemiológico del país;

[11] Durante el periodo 2001-2003, el Seguro Popular también contó con un catálogo explícito de intervenciones, conocido como Catálogo de beneficios médicos (CABEME), vigente de 2001 a 2003. En 2004 y 2005 este catálogo fue ampliado y fue conocido como Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES).

II. considerar la sustentabilidad financiera del Sistema;
III. tomar en cuenta las necesidades de salud recurrentemente solicitadas en los servicios públicos de salud disponibles;
IV. prever la secuencia y el nivel de atención médica de los servicios, según la capacidad resolutiva de las instalaciones médicas y las necesidades de atención individuales;
V. establecer las intervenciones cubiertas, a manera de catálogo;
VI. contemplar los medicamentos asociados a los tratamientos, los cuales deberán estar incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud, deberán ser prescritos por el médico conforme a lo establecido en los protocolos o guías clínico-terapéuticas que se apliquen para cada intervención, y sujetando la dotación de medicamentos a lo señalado en la receta;
VII. tomar como principios fundamentales la equidad y la justicia distributiva; y
VIII. promover un trato digno y respetuoso.

Por otra parte, el área responsable del cálculo de los costos de las intervenciones que conformarán el CAUSES del SPSS es la CNPSS, específicamente la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

La metodología utilizada para estimar los costos involucrados en la prestación de los servicios esenciales toma como punto de partida las guías clínico-terapéuticas de cada intervención. Las guías clínico-terapéuticas establecen un protocolo de procedimientos que permiten conocer con detalle las actividades a seguir en términos de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas necesarias para atender un padecimiento determinado. Adicionalmente, el costeo considera los medicamentos asociados y los estudios de apoyo, dentro de los cuales se incluyen los estudios de laboratorio y de gabinete. Una vez determinadas las intervenciones diagnósticas y terapéuticas (incluyendo medicamentos), así como los estudios de apoyo, se construyen algoritmos de diagnóstico y tratamiento para cada servicio esencial. Los algoritmos, a su vez, son utilizados para el diseño de las funciones de producción por servicio esencial.

En este sentido, existen tres determinantes financieros que intervienen en la estimación de los costos asociados a las intervenciones que integran el CAUSES:

- El costo variable derivado de los gastos corrientes en que se incurre operacionalmente para brindar los servicios;
- el costo fijo, integrado por el costo que representa la capacidad instalada y los recursos humanos. Para el método de costeo implementado hasta ahora, tanto la capacidad instalada como los recursos humanos se consideran fijos para la unidad médica. Conforme madure la operación del SPSS y se implemente la plataforma tecnológica integral del SPSS que permita generar un sistema de centros de costo, tanto la capacidad instalada y los recursos humanos se podrán considerar variables por servicio o intervención cubierta por el SPSS;
- la consideración de escenarios posibles para la implantación de cuotas reguladoras.

Las variables que se consideran dentro de cada categoría de costos se muestran en el cuadro 3.2. Los criterios generales empleados en el cálculo del costo de las intervenciones se muestra en el anexo AT.2.

La actualización 2006 del catálogo de servicios esenciales se enfoca en la cobertura del 100% de las acciones realizadas en los centros de salud y del 90% de las causas de egreso hospitalario. En el cuadro 3.3 se sintetiza la evolución del catálogo de servicios esenciales en términos del número de intervenciones y medicamentos incluidos.

Cuadro 3.2
Variables consideradas en cada categoría de costo

Costos fijos	Costos variables
■ Salarios del personal • Médico • Enfermería • Administrativo • Técnico • Otros • Intendencia • Farmacia • Trabajadores sociales	■ Estudios de diagnóstico • Laboratorio • Imagenología
■ Servicios • Luz • Agua • Mantenimiento • Gas	■ Insumos • Medicamentos • Materiales de curación • Consumibles para equipos médicos
■ Costos de capital anualizado • Infraestructura física (terreno y construcción) • Mobiliario • Equipo • Instrumental • Ropería	

Recuadro 3.2 Inclusión de intervenciones en los servicios de salud a la comunidad y el CAUSES

Como parte de los criterios para determinar la inclusión de nuevas intervenciones como parte del conjunto de servicios de salud a la comunidad y del CAUSES se ha considerado el análisis costo-efectividad a partir de la experiencia internacional.

En particular, los resultados generados por el proyecto "CHOICE" (por sus siglas en inglés ***CHO****osing* ***I****nterventions that are* ***C****ost-****E****ffective* - Elección de intervenciones que son costo-efectivas), auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, han permitido identificar intervenciones costo-efectivas a nivel mundial.

Entre las premisas del proyecto CHOICE se encuentran las siguientes:

- Se identifican categorías de intervenciones en salud comunes en las diversas regiones del mundo analizadas;
- se enfatiza el papel de las intervenciones preventivas sobre las intervenciones curativas en la mayoría de las categorías identificadas;
- se proporcionan resultados sólidos y confiables para cada región, y
- se emplean métodos estandarizados de medición de la razón costo-efectividad que pueden aplicarse a todas las intervenciones bajo diferentes escenarios.

Las características del proyecto CHOICE han permitido empatar varias de sus categorías e intervenciones con las intervenciones propuestas o ya cubiertas como parte de los servicios de salud a la comunidad entre las que destacan:

Categoría	Intervención
Deficiencia en hierro	Fortificación de hierro al 95%
Tabaquismo	Prohibición de publicidad en medios masivos
Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular	Reducción obligatoria de cantidad de sal usada en alimentos industrializados
Desnutrición en menores de 5 años	Suplemento de vitamina A y Zinc, fortificación de vitamina A y Zinc, consejería en nutrición y monitoreo de crecimiento, rehidratación oral por diarrea, manejo de neumonía infantil

Para el CAUSES, se han empatado e identificado las siguientes intervenciones:

Categoría	Intervención
Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular	Medicamentos hipertensivos y educación (presión sanguínea > 160)
Depresión unipolar	Medicamentos antidepresivos generación anterior y psicoterapia
Epilepsia	Medicamentos antiepilépticos generación anterior
Diabetes	Control intensivo de glicemia, detección oportuna de retinopatía y fotocoagulación
Cáncer de mama	Mastectomía parcial, disección axilar y radioterapia
Salud materna	Manejo de hemorragia post-partum (95%), sepsis durante el alumbramiento (95%), tratamiento antibiótico contra sepsis, aplicación de toxoide tetánico (95%), atención obstétrica básica (95%), sinfisiotomía, cesárea

Se considera que los resultados y herramientas de análisis desarrollados por el proyecto CHOICE puedan utilizarse como base para ajustar los datos con información más detallada sobre México y seleccionar las intervenciones más costo-efectivas para incluir tanto en los servicios de salud a la comunidad como en el CAUSES, siempre que se cuente con la infraestructura material y humana, así como con los recursos financieros necesarios para la cobertura de toda la población objetivo.

3.4 ESQUEMA TRIPARTITO DE FINANCIAMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD A LA PERSONA

Los servicios de salud a la persona comprendidos en el CAUSES se financian a través del esquema de financiamiento tripartito del Seguro Popular de Salud que consta de los siguientes componentes: Cuota social, Aportación solidaria (federal y estatal) y Cuota familiar.

3.4.1 Cuota social

La LGS establece el pago por familia de una Cuota social (CS), cubierta por el gobierno federal. La inclusión de este componente es un paso significativo para promover una mayor equidad financiera entre instituciones y reducir de manera importante la brecha observada entre el gasto público para la población beneficiaria de la seguridad social y el gasto público para los no asegurados.

La Cuota social es cubierta anualmente por el gobierno federal en su calidad de Estado nacional por cada familia afiliada al SPSS. La Cuota social equivale a 15% del salario mínimo general diario para el Distrito Federal vigente al 1 de enero de 2004, es decir 2,477 pesos anuales por familia. Esta cifra es muy semejante a la aportación vigente para cada empleado afiliado al SEM del IMSS y a partir de la entrada en vigor de la reforma se actualiza trimestralmente de acuerdo con la variación en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), tal y como ocurre en el caso de la aportación que realiza el gobierno federal al SEM del IMSS. Con esta cuota se tiende al reconocimiento social de la Federación frente a la garantía individual de la protección de la salud (artículo 77 Bis 12 de la LGS). El método de cálculo para la Cuota social se presenta en el anexo AT.3.

Cuadro 3.3

Evolución del conjunto de servicios esenciales cubierto por el SPS

	2002/2003 Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME)	2004/2005 Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES)	2006 Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES)
Número de intervenciones	78	154	249
Número de medicamentos (número de claves)	2002: 203 2003: 139	2004: 168 2005: 172	307*

Nota: Las claves se refieren a las presentaciones contenidas en el cuadro básico de medicamentos del Sector Salud.
* Las 307 claves del CAUSES corresponden a 247 sustancias activas.

3.4.2. Aportaciones solidarias

Las aportaciones solidarias del gobierno por familia afiliada al SPSS (artículo 77 Bis 13 de la LGS) resultan de la concurrencia de recursos federales y estatales bajo los principios de corresponsabilidad y equidad. De esta manera existen dos tipos de aportaciones solidarias:

1. Aportación solidaria estatal (ASE) mínima por familia equivalente a la mitad de la Cuota social; y
2. Aportación solidaria federal (ASF) por familia equivalente en promedio a una y media veces el monto por familia de la Cuota social.

El monto definido en la LGS para la ASF por familia en cada entidad se determina mediante la distribución de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASP) conforme a una fórmula que toma en cuenta los siguientes componentes de asignación:

i. Número de familias beneficiarias;
ii. necesidades de salud;
iii. aportaciones adicionales que realicen las entidades, es decir, en adición a lo que la LGS les señala como ASE; este concepto se conoce como “esfuerzo estatal”; y
iv. el desempeño de los servicios de salud.

Para cada uno de estos componentes se define anualmente un porcentaje o ponderador que determina su grado de influencia en el cálculo de la ASF.

El primer paso para calcular la ASF aplicable a cada entidad es definir el monto anual de recursos que corresponde al FASP. En 2006, este monto se obtuvo multiplicando 4,038 pesos por familia beneficiaria (o 1.5 veces la Cuota social) por el número total de familias beneficiarias establecido como meta de afiliación para el 2006 a nivel nacional.

Una vez estimado el monto total de recursos para el FASP, se utiliza la fórmula a que se refiere el artículo 87 del Reglamento para asignar estos recursos entre las entidades federativas, a partir de los cuatro componentes señalados anteriormente y sus ponderadores o porcentajes respectivos.

Durante la fase de transición, mediante la cual se incorporarán familias gradualmente al SPSS, se consi-

dera apropiado dar el mayor peso al componente de asignación con base en el número de familias beneficiarias, y en segundo término al componente de asignación por necesidades de salud. De esta manera, es de esperarse que en los primeros años de operación del SPSS, los ponderadores de los componentes de asignación por esfuerzo estatal y desempeño tengan un impacto mínimo en la asignación. Cabe señalar, sin embargo, que estos dos componentes difícilmente tendrán conjuntamente el peso mayoritario en la asignación, dado que la ASF busca principalmente resarcir a las entidades mediante la asignación de recursos federales con base en criterios de equidad. De hecho, el mismo Reglamento establece que el ponderador del componente de asignación por familia beneficiaria no podrá ser menor a 80% de la ASF. A continuación se describen los criterios de asignación de cada componente de la fórmula.

Mediante el componente de asignación por familia beneficiaria, las entidades reciben una cantidad en función del porcentaje de familias afiliadas en la entidad con respecto al número total de familias beneficiarias del SPSS. La asignación del componente de necesidades considera la población beneficiaria del SPSS la cual se ajusta con base en variables que reflejen las diferencias relativas entre entidades en necesidades de salud. Este ajuste se realiza mediante dos variables: la probabilidad de muerte infantil y la probabilidad de muerte en adultos.

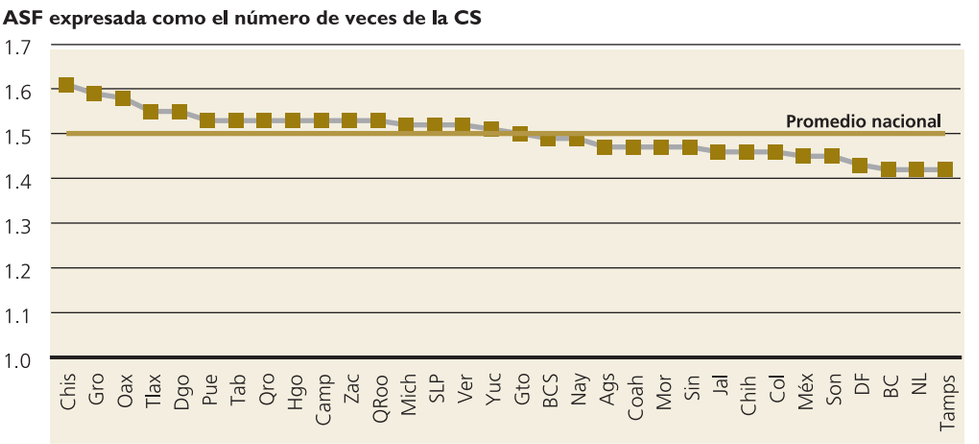
El componente de esfuerzo estatal se asigna proporcionalmente de acuerdo con la participación de las aportaciones estatales adicionales con respecto al total de aportaciones adicionales observadas en el año anterior. Se toman en cuenta las aportaciones adicionales hasta un límite equivalente a dos veces la Aportación solidaria estatal definida en la ley.

El componente de asignación por desempeño contempla una asignación en proporción al desempeño de la entidad con respecto al desempeño total de las 32 entidades. El indicador desarrollado para medir el desempeño es "cobertura efectiva" (ver recuadro 3.3). En 2004 esta variable no se incluyó en el cálculo de la ASF por entidad federativa dado que se encontraba en proceso de estimación. En 2005 y en 2006 se incorporó a la estimación (ver anexo AT.3 y AL. 12). Cabe mencionar que mediante este indicador se busca medir la cobertura efectiva de los servicios, considerando las dificultades intrínsecas, la disponibilidad de recursos y los logros asociados en cada entidad federativa.

Una vez estimada la asignación para cada uno de los componentes señalados, se suma el monto de recursos correspondiente a cada entidad y se divide entre el número de familias beneficiarias del SPSS en la entidad. El monto por familia resultante representa la apor-

Figura 3.3

Asignación de la Aportación solidaria federal mediante fórmula de distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, 2006



Fuente: Secretaría de Salud. Aviso por el que se da a conocer la información relativa al número de familias beneficiarias del Sistema de Protección Social en Salud, la población no derechohabiente de la seguridad social ajustada por necesidades de salud, las aportaciones solidarias estatales y el desempeño por entidad federativa, el peso porcentual de cada uno de los componentes de la fórmula establecida para tal efecto, así como la metodología bajo la cual se llevó a cabo el cálculo correspondientes para el ejercicio presupuestal de 2006. Diario Oficial de la Federación. Viernes 28 de abril de 2006.

Recuadro 3.3 Cobertura efectiva

La medición del desempeño de los sistemas de salud es una actividad fundamental para la toma de decisiones en el sector e implica evaluar hasta qué punto se están cumpliendo los objetivos fundamentales del sistema, entre ellos el de mejorar la salud de la población.

En este contexto medir el efecto en la salud de la población es una tarea compleja dada la cantidad de factores sociales, culturales y económicos que pueden influir en ella.

Es por ello que se ha propuesto la utilización de metas instrumentales como indicadores del desempeño, entre las que se incluye la proporción de personas que han recibido una intervención de manera efectiva.

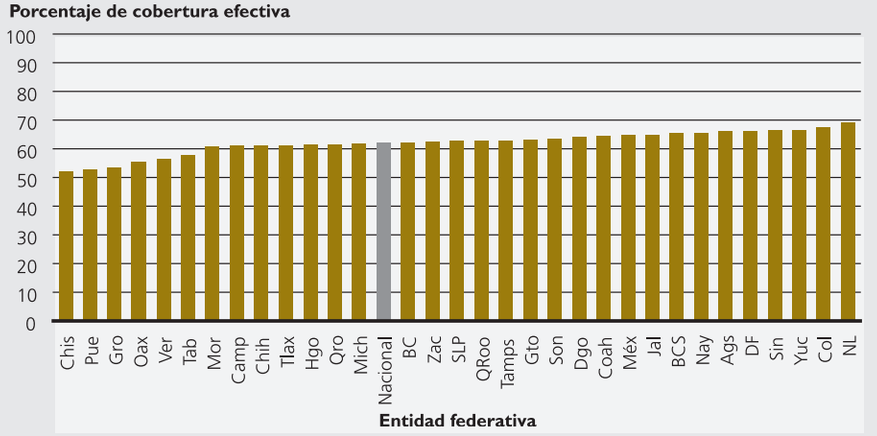
Una intervención efectiva se refiere a la capacidad del sistema de ofrecer un tratamiento o una intervención adecuada cuando un individuo la necesite, ya sea a causa del deterioro o para cuidar su estado de salud, y que esto se traduzca en una mejora de su condición de salud o en un aumento en su esperanza de vida saludable.

De esta manera la evaluación de la efectividad de un sistema de salud no sólo considera el acceso a los servicios de salud, sino también el hecho de que se reciba el tratamiento adecuado y que esto se traduzca en una mejoría de la salud para el individuo que la requiera.

La conjunción de estos elementos se engloba en un indicador que se denomina "cobertura efectiva". Este indicador se define como la fracción de ganancia potencial en salud que aporta el sistema de salud a la población. En síntesis este indicador combina la necesidad de atención, la utilización de los servicios de salud y la calidad con la que éstos son ofrecidos.[1]

El primer esfuerzo de medición de cobertura efectiva en México se desarrolló de manera reciente por la Secretaría de Salud. Los resultados están publicados en el informe "Cobertura efectiva del Sistema de Salud en México 2000-2003".[2]

En este ejercicio se utilizó información ya existente y se desarrollaron una serie de indicadores sobre cobertura efectiva para diversas intervenciones en salud, las cuales fueron elegidas de acuerdo con la disponibilidad y calidad de la información y la posibilidad de realizar estimaciones con representatividad estatal.[3] Una vez realizadas estas estimaciones, se construyó un indicador general para el sistema de salud en su conjunto por entidad federativa. El cálculo de este indicador se hizo a partir de 13 intervenciones: inmunización de sarampión; adecuada atención en el parto; cuidados a niños prematuros; hipertensión; inmunización de difteria, tétanos y tos ferina; inmunización de tuberculosis; tamizaje de cáncer de mama; tamizaje de cáncer de cérvix; cuidado prenatal; tratamiento de diarrea; infecciones respiratorias agudas; desórdenes de la visión; y diabetes. De estas intervenciones sólo las tres primeras incorporan el componente de calidad en la estimación, el resto únicamente mide utilización en combinación con necesidad de salud. A pesar de esta limitante los resultados presentados en la siguiente figura son una aproximación de la cobertura efectiva del sistema de salud en México.



Fuente: Cobertura efectiva del Sistema de Salud en México 2000-2003 (2006). El valor nacional se calculó para efectos de esta gráfico como el valor promedio.

continúa/

/continuación

El nivel de cobertura efectiva más alto se observa en Nuevo León, Colima, Yucatán, Sinaloa y el Distrito Federal. Los niveles más bajos se observan en Chiapas, Puebla, Guerrero y Oaxaca; el rango del indicador está entre 52 y 69% y la media nacional alcanza alrededor del 62%.

1 En este contexto, por calidad se entiende el grado de efectividad de una intervención para mejorar la condición de salud o incrementar la expectativa de vida saludable de un individuo.
2 Secretaría de Salud, México. Cobertura efectiva del Sistema de Salud en México 2000-2003. México, D.F. 2006.
3 Las fuentes de información utilizadas fueron las siguientes: Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 (ENED), Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000, registros hospitalarios y administrativos de la Secretaría de Salud y el estudio de las Propiedades Diagnósticas desarrollado por la OMS.

tación solidaria que corresponde a la Federación destinar a cada entidad federativa por Ley.

No obstante que a nivel nacional la ASF es equivalente a 1.5 veces la CS, esta misma relación no necesariamente se observa para cada entidad federativa, ya que el objetivo de la fórmula es beneficiar a las familias con mayores necesidades de salud, lo cual está directamente asociado con los niveles de desarrollo económico y pobreza que prevalecen en nuestro país, por lo que son estas últimas entidades las que registran una ASF cuyo valor es ligeramente superior a 1.5 veces la CS (figura 3.3). De acuerdo con la estimación de la fórmula para el 2006, la entidad que recibe menos recursos es Tamaulipas, cuya ASF por cada familia afiliada equivale a 1.42 veces la Cuota social, mientras que en Chiapas, la ASF por cada familia afiliada asciende a 1.61 veces la Cuota social.

Al igual que en el caso de la ASE, una vez que se determina la ASF por familia beneficiaria de acuerdo con la LGS, se contabilizan los recursos existentes. Es decir, se consideran los recursos estatales y federales respectivamente, que hoy en día se destinan para financiar servicios de salud a la persona. Ello implica un reordenamiento de recursos por familia o alineación presupuestal como es el caso de la parte correspondiente del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA de ramo 33), así como de otros recursos (provenientes de ramo 12) que financian la atención médica mediante programas especiales de combate a la pobreza, como es el caso del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Esta alineación presupuestal permite identificar y contabilizar como parte del Sistema la multiplicidad de recursos federales que hoy en día se canalizan para financiar la atención médica del mismo grupo de población. En el caso de la ASE, permite tomar en cuenta el gasto estatal que aportan actualmente las entidades federativas. Por último, la comparación entre el monto por familia que corresponde de acuerdo con la Ley y el monto de recursos actualmente disponibles, permite identificar en qué casos es necesario que la Federación o el gobierno estatal, en su caso, asigne recursos frescos o adicionales al Sistema.

Con lo anterior, la lógica de distinguir los recursos destinados a la atención médica de aquellos dirigidos a la comunidad se refuerza. Además se establecen las bases para el mejor control y supervisión del uso de los recursos en un marco de transparencia y rendición de cuentas. En el anexo AT.3 se presenta un ejemplo de cálculo para la ASE y la ASF. En el recuadro 3.4 se sintetizan los términos bajo los cuáles se hace efectiva la transferencia de recursos federales a las entidades.

3.4.3 Cuota familiar

Las cuotas familiares son el vínculo mediante el cual las familias afiliadas se corresponsabilizan del financiamiento del SPSS. Además, el pago anticipado de esta cuota sustituirá al pago de cuotas de recuperación en el momento de demandar la atención, con lo que se busca reducir el gasto de bolsillo y el número de hogares que se empobrecen debido a gastos catastróficos en salud para la familia. La Cuota familiar (CF) es un monto que paga anualmente cada familia afiliada, y es proporcional a su condición socioeconómica (artículo 77 Bis 21 de la LGS). Cabe señalar que la reforma establece claramente que en ningún caso la incapacidad económica para cubrir esta cuota será impedimento para la incorporación al Seguro Popular de Salud. En respuesta a lo anterior, durante el proceso de afiliación las familias son clasificadas en uno de dos regímenes: el régimen contributivo o el régimen no contributivo. El régimen contributivo lo

Recuadro 3.4 Requisitos y reglas para la transferencia de recursos a las entidades federativas

Los requisitos para realizar las transferencias de recursos federales a las entidades federativas son los siguientes:

- que la entidad federativa cumpla con la acreditación de la ASE de acuerdo con los lineamientos para la ASE (ver AL.13);
- que la programación del gasto y avance en el ejercicio de los recursos del Sistema se realice de acuerdo con lo establecido en el artículo 81 del Reglamento.

En términos operativos y dado que las transferencias de recursos de realizan de manera trimestral, lo anterior se traduce en lo siguiente:

- en el primer trimestre del año fiscal la entidad federativa deberá integrar el expediente en donde se detalle el monto de ASE acreditable y se deberá enviar el programa de gasto;
- en el segundo trimestre se deberá enviar el oficio que documente el pago de la ASE correspondiente al primer trimestre y se deberá enviar la información sobre el ejercicio de los recursos correspondiente al primer trimestre;
- en el tercer trimestre se deberá enviar el oficio que documente el pago de la ASE así como la información sobre el ejercicio de los recursos correspondientes al segundo trimestre, y
- en el cuarto trimestre se deberá enviar el oficio que documente el pago de la ASE así como la información sobre el ejercicio de los recursos correspondientes al tercer trimestre.

Las causas para la suspensión de transferencias a la entidad son las siguientes:

- cuando se dé un uso distinto a lo establecido en la Ley y el Reglamento a los recursos financieros asignados al SPSS;
- cuando no se realice el pago de la ASE;
- cuando no se envíe la información requerida sobre el ejercicio de los recursos del SPSS;
- cuando se incumpla cualquiera de las obligaciones pactadas en el acuerdo de coordinación de adhesión al SPSS.

A fin de automatizar y controlar el proceso de programación e informe del ejercicio del gasto del SPSS, se ha desarrollado el Sistema de Información Financiera (SPSIF) como una herramienta de software que simplificará la integración y envío de la información financiera del SPSS en una base de datos. Esta herramienta, además, facilitará el desarrollo de análisis estadístico, económico y la elaboración de los reportes para cumplir con el proceso de rendición de cuentas.

La primera fase en la instrumentación del SPSIF contempla su uso en la integración y envío de información referente a la Cuota social, la Aportación solidaria federal y a la Cuota familiar. Fases posteriores contemplarán lo referente a la Aportación solidaria estatal además de otros procesos estratégicos dentro del SPSS. Para generalizar su uso, se ha capacitado a las 32 entidades federativas sobre su manejo, instalación y operación.

constituyen las familias afiliadas que aportan una Cuota familiar que será anual, anticipada y progresiva. El régimen no contributivo lo constituyen las familias que por su situación socioeconómica no pueden aportar la Cuota familiar.

De acuerdo con el artículo 77 Bis 4 de la LGS, la unidad de protección es el núcleo familiar, el cual se puede integrar por los cónyuges y los hijos menores de 18 años, además de los padres mayores de 64 años, dependientes económicos que formen parte de la familia. También pueden considerarse a los hijos de hasta 25 años, solteros, que prueben ser estudiantes o discapacitados dependientes. La Ley considera también como núcleo familiar a la familia unipersonal, es decir aquella conformada por individuos solteros mayores de dieciocho años.

Los principales objetivos de las cuotas familiares son:

1. **Crear una cultura de corresponsabilidad.** Se busca que la población cuente con mayores elementos para exigir derechos adquiridos - recibir los servicios cubiertos de atención médica y los medicamentos aso-

ciados-, pero también sensibilizar sobre la adquisición de obligaciones como cumplir con prácticas y conductas saludables o preventivas.

2. **Crear una cultura de pago anticipado**. Se busca generar conciencia entre las familias de que pagar de manera anticipada la atención médica es la mejor forma de reducir el gasto de bolsillo. También se busca convencerlas de que realizar un pago antes de recibir los servicios cubiertos en el SPSS se puede ver como una inversión en el corto plazo que otorgará beneficios inmediatos. Esto es, mediante un solo pago al inicio de la cobertura, la familia puede hacer uso, cuando lo necesite, de los servicios que otorga el SPSS durante el año de vigencia que cubre la cuota, sin necesidad de realizar una nueva aportación, excepto en el caso de existir alguna cuota reguladora; y
3. **Fomentar una cultura de medicina preventiva entre las familias afiliadas al SPSS**. Generalmente, las familias que carecen de la cobertura de servicios de salud no acuden periódicamente a una revisión médica, por lo que aumenta su riesgo de padecer alguna enfermedad. A través del SPSS las familias afiliadas tienen la oportunidad de recibir atención preventiva para mantener la salud y así reducir el riesgo de padecer alguna enfermedad.

3.4.3.1 Régimen contributivo

En el régimen contributivo las familias pagan una CF acorde con su nivel socioeconómico. En este caso, corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la CNPSS, establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los afiliados al SPSS. A su vez, corresponde a las entidades federativas administrar, recibir y ejercer las cuotas familiares del SPSS (artículo 77 Bis 5, inciso A, fracción VI e inciso B, fracción V de la LGS).

El esquema de cuotas familiares se define con base en el nivel de ingreso familiar promedio para cada decil de la distribución de ingreso que se estima a nivel nacional. Así, se establece una CF a pagar para cada decil de ingreso. Por otra parte, para cada familia afiliada se hace una evaluación de su nivel socioeconómico a fin de ubicarla en el decil de ingreso que corresponda, y por tanto determinar el monto que le corresponde pagar o en su caso, la sujección al régimen no contributivo. La verificación del decil de ingreso que corresponde a cada familia afiliada se realiza cada tres años (artículos 124 y 125 del Reglamento).

La CF podrá aumentar cada año de acuerdo con la variación en el INPC. Esta limitante al incremento de la CF responde al hecho de que si bien constituye la tercera fuente de financiamiento del Seguro Popular, en ningún momento se busca que represente la principal fuente de recursos.

Cabe señalar que la aportación de la CF no cubre la totalidad del costo de los servicios de salud brindados por el SPSS. Esto se explica porque la CF recibe un subsidio importante por parte de los gobiernos federal y estatales mediante la CS, la ASF y la ASE descritas previamente.

3.4.3.2 Régimen no contributivo

Con base en el artículo 77 Bis 26 de la LGS, el nivel de ingreso o la carencia de éste no podrán ser limitantes para incorporase y ser sujeto de los beneficios que se deriven del Seguro Popular. Por lo anterior se establece un régimen no contributivo que aplica a aquellas familias cuyo ingreso no les permite acceder a los satisfactores de capacidades básicas (alimentación, educación y salud).

De acuerdo con el artículo 127 del Reglamento se podrán considerar sujetas de incorporación al régimen no contributivo, aquellas familias que cumplan cualquiera de los siguientes supuestos:

I. Tener un nivel de ingreso familiar disponible tal que los ubique en los deciles I y II de la distribución del ingreso a nivel nacional;
II. ser beneficiario de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal;
III. ser residentes en localidades rurales de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes; y
IV. otros supuestos que fije la CNPSS.

La Secretaría, las entidades federativas u otros terceros solidarios podrán realizar aportaciones para cubrir la CF de las familias sujetas al régimen no contributivo. La posibilidad de que el pago de la cuota sea realizado por un tercero solidario busca preservar el concepto de financiamiento tripartito del SPSS.

Los criterios y la metodología para determinar las familias que deben pertenecer al régimen no contributivo y para el cálculo de las cuotas familiares, se basará principalmente en la información disponible de encuestas representativas a nivel nacional que contengan información de ingresos y gastos de los hogares (artículo 124 del Reglamento). Con base en lo anterior, la CNPSS utilizará inicialmente la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) más reciente como fuente principal de información. Además, la metodología que emplee la CNPSS para determinar las cuotas familiares tomará en cuenta lo acordado y publicado por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, en lo referente al método para estimar las líneas de pobreza.

3.5 FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS

Otra de las innovaciones financieras del SPSS es la creación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (artículos 77 Bis 17, 77 Bis 29 y 77 Bis 30 de la LGS). El objetivo de este fondo es apoyar a las entidades federativas en el financiamiento del tratamiento de padecimientos que representan un riesgo asegurable bajo la lógica clásica de aseguramiento y en consecuencia, representan un riesgo financiero o gasto catastrófico desde el punto de vista institucional.[12]

Este fondo garantizará a su vez que la población afiliada quede cubierta ante la ocurrencia de dichos padecimientos al constituirse como la fuente financiera que permite el acceso y la provisión de tratamientos de alta especialidad y alto costo a los afiliados al SPSS.

El artículo 77 Bis 29 de la LGS define al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) como un fondo de reserva sin límite de anualidad presupuestal.[13] Mediante la constitución de un fondo de esta naturaleza también se promoverá un financiamiento más eficiente de los servicios de alta especialidad. Con ello, se garantizará la continuidad e integralidad de la atención médica al apoyar una mejor interfase entre los servicios de primer y segundo nivel y aquéllos de alta especialidad, mediante la constitución de centros regionales de alta especialidad y redes de prestadores de servicios.

3.5.1 El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y la ampliación de las coberturas vertical y horizontal

La LGS establece la posibilidad de recibir recursos financieros a través de aportaciones adicionales de terceras instancias para el FPGC. Esto ha motivado la negociación por parte de las Secretarías de Salud y de Hacienda y Crédito Público (SHCP), con diversos sectores industriales y de la sociedad civil para lograr acuerdos o convenios de cooperación financiera que permitan expandir la cobertura de las enfermedades identificadas como generadoras de gastos catastróficos para el SPSS. El apoyo de la SHCP ha sido de gran importancia para la obtención de recursos adicionales.

El contar con recursos adicionales al presupuesto estipulado para el FPGC permite expandir la cobertura financiera para incluir los tratamientos de enfermedades cuya importancia a nivel social amerita una cobertura universal más que la cobertura gradual prevista conforme al tope anual de afiliación de familias al SPSS. Esta estrategia de universalización es denominada cobertura vertical de enfermedades, en contraste con la llamada cobertura horizontal poblacional que se refiere al aumento en la cobertura a partir de la incorporación de grupos poblacionales (figura 3.4).

La cobertura vertical está limitada por los recursos adicionales a los presupuestales y en algunos casos por la infraestructura disponible para la prestación de los servicios. Es importante recalcar que la cobertura vertical permite el acceso de la población no asegurada que así lo requiera a los tratamientos cubiertos de manera exclusiva mediante esta estrategia. Posterior al tratamiento se les dará la opción a los pacientes tratados de afiliarse al SPSS y con ello acceder al resto de los beneficios establecidos en el CAUSES y en el FPGC. Esta estrategia de ampliar la cobertura por enfermedad permite agilizar el acceso a problemas clave de salud y al mismo tiempo, no alterar las metas o topes de afiliación anual al SPSS (figura 3.5).

La cobertura vertical también ha permitido la alineación de otros recursos presupuestales como en el caso de los recursos del ramo 12 enfocados a la compra de antirretrovirales. Con esta alineación se logra cubrir a todos los casos de VIH/SIDA ya existentes, mientras que parte de los recursos presupuestales del FPGC se enfoca a la cobertura de los nuevos casos.

Por su parte, la cobertura horizontal tiene como finalidad extender la cobertura del CAUSES y del FPGC para toda la población no asegurada. La LGS establece como prioridad afiliar a la población que habita en zonas marginadas y cuyo nivel socioeconómico las ubica en los primeros dos deciles de ingreso. Sin embargo, bajo la estrategia de cobertura horizontal es posible incluir en estas prioridades a grupos vulnerables como son los adultos mayores de 60 años y las mujeres en gestación, entre otros. La cobertura horizontal está limitada por el tope de afiliación anual (14.3% del total de población susceptible de incorporación al SPSS), aunque la intención es que de ser necesario y financieramente viable, se logre rebasar dicho tope considerando la incorporación de grupos vulnerables a las metas de afiliación ya acordadas con las entidades federativas. Los conceptos de cobertura vertical y cobertura horizontal se ilustran en la figura 3.5.

La identificación y selección de los tratamientos candidatos para cobertura vertical se ha efectuado con base en su impacto social, la suficiencia de recursos y la disponibilidad de oferta. Los tratamientos de las enferme-

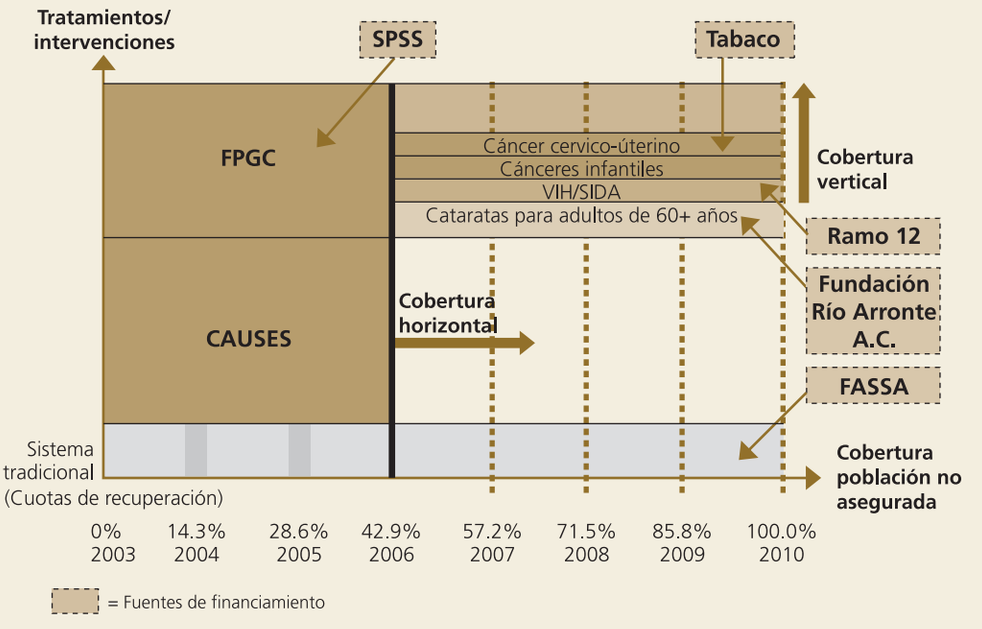
[12] Bajo la lógica clásica de aseguramiento un riesgo es asegurable si presenta las características siguientes: a) el riesgo tiene una baja probabilidad de ocurrencia; b) el riesgo representa una pérdida financiera considerable; y c) el riesgo, en caso de efectuarse, es involuntario.

[13] Es decir, sin la limitante de regresar a la SHCP los recursos financieros no empleados al final del ejercicio fiscal correspondiente.

Figura 3.4
Dimensiones de la cobertura universal

Tipo de cobertura	Punto de referencia	Criterio para la ampliación
Horizontal	Grupos de población	Equidad socioeconómica y de género
Vertical	Grupos de intervenciones	Prioridades explícitas

Figura 3.5
Coberturas vertical y horizontal



dades identificadas como prioritarias para la expansión vertical son el tratamiento antirretroviral de VIH/SIDA, el tratamiento del cáncer cérvico-uterino invasor y el tratamiento de los cánceres infantiles, tal como se presenta en la figura 3.6.[14]

En el caso de la cirugía de cataratas para los adultos mayores de 60 años, este servicio se brindará a toda la población no asegurada de ese grupo vulnerable que lo requiera. Es importante resaltar que, después de la cirugía, se dará la opción a los pacientes de incorporarse al SPSS.

Derivado de la importancia de la cobertura vertical, cada una de las enfermedades antes citadas está vincu-

[14] Las displasias cervicales y el cáncer cérvico-uterino in situ están cubiertos por el CAUSES.

Recuadro 3.5 Recursos adicionales para el FPGC

El primer ejemplo exitoso de la negociación con los sectores industriales se concretó con la industria tabacalera mediante el Convenio para Ampliar la Regulación y Normatividad relativas al Tabaco suscrito el 18 de junio de 2004. En dicho convenio la industria tabacalera se compromete a proporcionar una aportación por cigarro enajenado durante el periodo comprendido entre julio de 2004 y diciembre de 2006. El monto total esperado de dicha donación asciende a más de $3,600 millones de pesos hasta el final de 2006.

Un segundo ejemplo exitoso de negociación, en este caso con las organizaciones civiles, es la aportación de $4.1 millones de dólares estadounidenses realizada por la Fundación Gonzalo Río Arronte, A.C. para reforzar la oferta de cirugías de cataratas entre la población adulta mayor de 60 años no asegurada. La cirugía de cataratas está cubierta bajo la categoría de "Rehabilitación de largo plazo". La negociación con la fundación es un incentivo muy importante para incrementar la oferta de esta intervención e incluir en la cobertura del SPSS al grupo de adultos mayores de 60 años de todo el país.

Se espera en el futuro mediato concretar algunos otros ejemplos exitosos de negociación para la obtención de recursos adicionales que permitan la expansión de la cobertura financiera del FPGC y la expansión de la afiliación al SPSS.

lada con un consejo nacional. Cada consejo es un cuerpo normativo, cuyas principales funciones son: i) proponer políticas, estrategias y acciones de investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento; ii) fungir como un órgano de consulta nacional; iii) promover la coordinación de las acciones entre las dependencias y entidades de la administración publica federal y entre éstas y los gobiernos de las entidades federativas, así como la concertación de acciones con los sectores social y privado; y iv) proponer las medidas que considere necesarias para homologar, garantizar la cobertura, eficiencia y calidad de las acciones en su materia, incluyendo las estrategias financieras para su instrumentación. Los consejos existentes son:

1. Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia;
2. Consejo Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva;
3. Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA;
4. Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento de Enfermedades Visuales.

Los cuatro consejos operan bajo la coordinación de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Estos consejos trabajan en forma coordinada con la CNPSS para definir algunos aspectos operativos y financieros derivados de la cobertura vertical u horizontal, según sea el caso.

Por último, es fundamental recalcar que la diferenciación entre la cobertura vertical y horizontal se extinguirá al finalizar el periodo de afiliación gradual definido en la LGS en 2010.

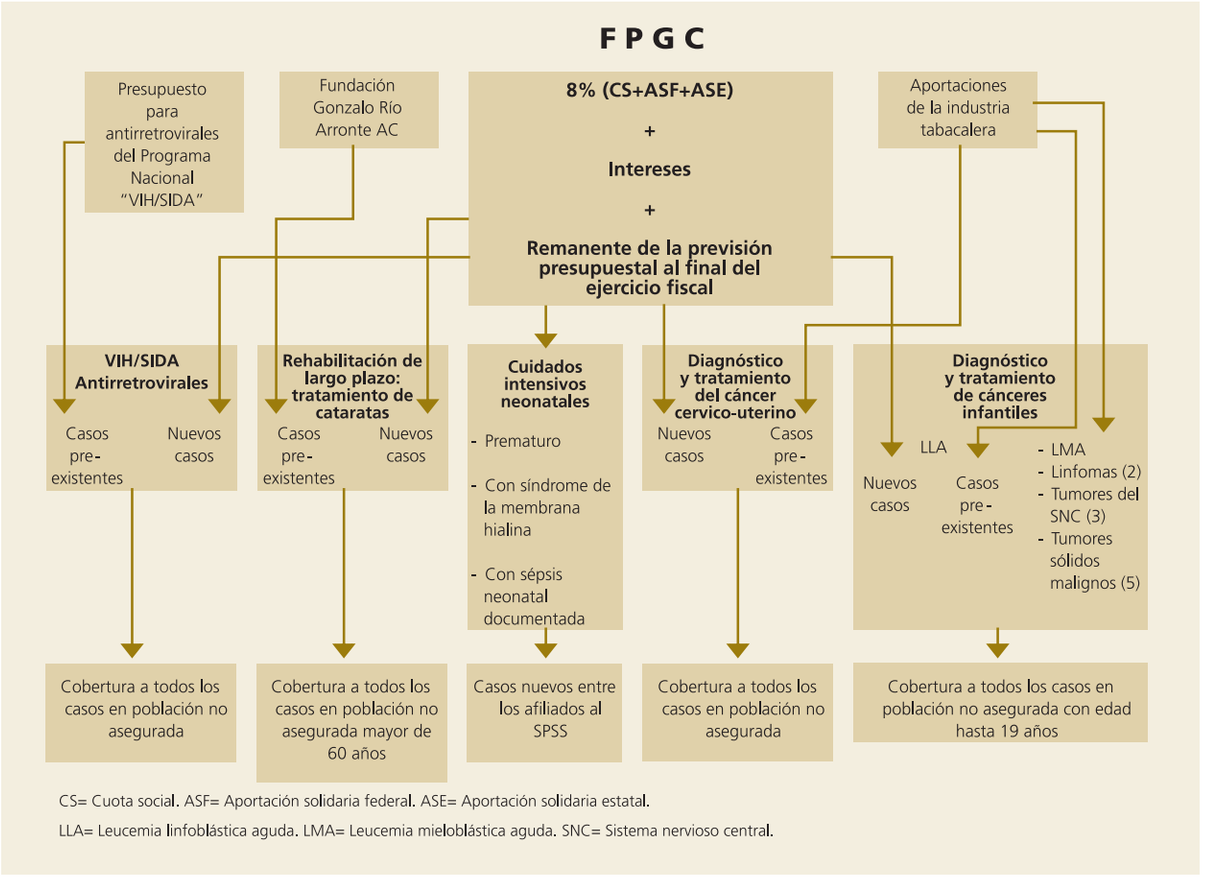
3.6 FONDO DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL ANUAL

El artículo 77 Bis 18 de la LGS define al Fondo de la previsión presupuestal (FPP) como un fondo con límite anual para su ejercicio. El FPP tiene como objetivo proveer financiamiento para tres conceptos. El primer concepto es el desarrollo de infraestructura médica para atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social; el segundo concepto es la cobertura de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal; el tercer y último concepto es el establecimiento de una garantía de pago ante el eventual incumplimiento de pago por la prestación de servicios esenciales entre aquellas entidades federativas que suscriban convenios de colaboración interestatal.[15]

La fuente de ingresos para el FPP está definida en la LGS como 3% de la suma de la CS, la ASF y la ASE. De estos recursos, dos terceras partes se destinarán para el financiamiento de la infraestructura antes descrita. La parte restante se destinará al financiamiento de las

[15] La reforma a la LGS incorpora elementos financieros para fortalecer el uso de los recursos a nivel operativo y dar mayor flexibilidad para la prestación interestatal e interinstitucional de servicios. Tales elementos financieros se formalizarán a través de convenios de colaboración interestatal e interinstitucional.

Figura 3.6
Enfermedades cubiertas por el FPGC y su fuente de financiamiento



CS= Cuota social. ASF= Aportación solidaria federal. ASE= Aportación solidaria estatal.

LLA= Leucemia linfoblástica aguda. LMA= Leucemia mieloblástica aguda. SNC= Sistema nervioso central.

diferencias imprevistas en la demanda y para el establecimiento de la garantía de pago.

La administración de los recursos en el FPP estará a cargo de la CNPSS. El instrumento financiero que permitirá la administración de los recursos será un fideicomiso público. Las características de tal fideicomiso serán presentadas en la sección 3.7.

Para acceder a los recursos del FPP por cualquiera de los tres conceptos la entidad federativa deberá presentar una solicitud a la CNPSS. Dicha solicitud deberá cumplir en tiempo y forma con los lineamientos que emite la Secretaría en este rubro.

3.6.1 Infraestructura médica para atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social

Las necesidades de infraestructura en zonas de mayor marginación social son aquellas autorizadas en el Plan Maestro de Infraestructura (PMI), de acuerdo con lo establecido en los artículos 111 y 112 del Reglamento. Las obras de infraestructura serán priorizadas en el PMI para su financiamiento a través del FPP, el cual otorgará recursos complementarios al financiamiento estatal para la inversión en obra física y equipamiento.

Cabe enfatizar que todo proyecto de obra de infraestructura en zonas de mayor marginación social deberá contar con un certificado de necesidades. Este certificado se tramita siguiendo los lineamientos establecidos por la Secretaría, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad. El certificado de necesidades es uno de los requisitos para que el proyecto de obra sea considerado e incluido en el PMI y, en consecuencia, para poder acceder a los recursos del FPP.

En 2006 se tiene contemplado dentro del PMI la construcción de centros de salud y algunos hospitales generales dentro de los 50 municipios de mayor marginación social. Se prevée que la construcción de dicha infraes-

tructura se financie mediante los recursos del FPP y se concluya al cierre de la presente administración.

3.6.2 Diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales de salud

Las diferencias imprevistas en la demanda de servicios (DI) cubiertas por el FPP son las que deriven de un exceso en la demanda esperada de servicios esenciales bajo condiciones normales de operación de conformidad con el artículo 113 del Reglamento. Los excesos de demanda derivados de condiciones de emergencia vinculadas con desastres o urgencias epidemiológicas no se incluyen en este caso. Parte de su financiamiento está comprendido en los recursos del FASC, de conformidad con lo definido en el artículo 5, apartado C, fracción VI del Reglamento.

Desde la perspectiva financiera, los recursos destinados a las DI representan una reserva financiera, si bien modesta, para respaldar la operación normal de algunos de los servicios esenciales que la CNPSS determinará en los lineamientos que se elaboren para este rubro.

Las entidades federativas podrán acceder a los recursos del FPP una vez al año previa aprobación de la CNPSS. Si una misma entidad federativa solicita recursos del FPP en años consecutivos por concepto de diferencias imprevistas, la CNPSS evaluará la procedencia del acceso mediante el análisis de la eficiencia en el manejo de recursos, la posible presencia de demanda inducida por la red estatal de prestadores o por los propios afiliados, así como posibles ajustes a la incidencia, la prevalencia o el costo de los servicios cubiertos por el SPSS. Hasta junio de 2006 no se han verificado solicitudes por este concepto.

3.6.3 Garantía de pago por incumplimiento en la compensación económica por la prestación interestatal de servicios esenciales de salud

Los artículos 118 al 121 del Reglamento estipulan que la garantía de pago (GAPA) por la prestación interestatal de servicios es un mecanismo de apoyo a la compensación económica de las condiciones de pago establecidas en los convenios de colaboración interestatal vigentes del SPSS. Dicho de otra forma, la GAPA permite dar certeza de pago a la entidad federativa que presta los servicios convenidos.

La GAPA será utilizada como último recurso, tras agotar las instancias legales establecidas en el convenio de colaboración interestatal del SPSS. La entidad federativa acreedora podrá recibir recursos del FPP hasta por el monto total del adeudo, previa disponibilidad de recursos. Los recursos erogados por la GAPA, incluyendo costos administrativos, serán recuperados al descontar el monto a deber de los recursos que por concepto de la CS correspondan a la entidad federativa deudora en el trimestre inmediato posterior al trimestre en que se verificó la erogación.

Cabe señalar que las solicitudes de financiamiento para las diferencias imprevistas en la demanda tendrán prioridad sobre las solicitudes de financiamiento por GAPA. Además, la atención a las solicitudes se hará conforme a la disponibilidad de recursos en el FPP y de acuerdo con los tiempos y formas estipulados en los lineamientos respectivos emitidos por la Secretaría.

Hasta junio de 2006 no se han verificado solicitudes por este concepto. Lo anterior debido a un conjunto de impedimentos legales para que el dinero de una entidad federativa se destine a otra. Se espera que en el futuro inmediato se logren acuerdos para reformar dichos impedimentos y así agilizar la publicación y operación de los lineamientos respectivos.

3.7 FIDEICOMISO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Los artículos 96 y 108 del Reglamento especifican que la CNPSS realizará la administración financiera tanto del FPGC como del FPP mediante un fideicomiso que el Ejecutivo Federal establecerá para tales fines.[16]

El fideicomiso del SPSS es público, forma parte del gasto público federal y se constituirá sin estructura orgánica, ya que ésta no se requiere explícitamente de acuerdo a lo establecido en el Manual de Normas Presupuestarias para la Administración Pública Federal.[17]

Para la constitución del fideicomiso del SPSS se requiere de la creación de un Comité Técnico, el cual es el órgano de toma de decisiones del fideicomiso. El Comité Técnico está conformado por siete representantes de la Secretaría de Salud como cabeza de sector, dos representantes de la SHCP como fideicomitente, así como por un representante del CSG, un representante

[16] La legislación mexicana considera al fideicomiso como un contrato y, esencialmente, como una operación bancaria. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) define al fideicomiso como un acto por el cual se destinan ciertos bienes por un fideicomitente a un fin lícito determinado, encomendado a una institución fiduciaria para la realización de ese fin.

[17] Un fideicomiso público es aquél constituido por el Gobierno Federal y puede ser de dos tipos: con estructura o sin estructura orgánica. Un fideicomiso público con estructura orgánica es análogo a las entidades paraestatales. Un fideicomiso público que no posea dicha estructura no representa la creación de una paraestatal.

de la Secretaría de la Función Pública y un representante de la institución de crédito que fungirá como fiduciaria. Estos representantes tendrán voz y voto. También se contempla la participación de asesores que serán invitados, según el asunto a tratar, sin derecho a voto. Las funciones más importantes del Comité Técnico son la aprobación de las reglas de operación del fideicomiso, la autorización del plan de inversión del patrimonio del fideicomiso que la fiduciaria llevará a cabo en cada periodo y la autorización de las transferencias de recursos con cargo al patrimonio del fideicomiso a los fideicomisarios.

El patrimonio del fideicomiso está conformado por los recursos del FPP y del FPGC. La SHCP como fideicomitente tiene la capacidad de afectar el patrimonio del fideicomiso. Por lo anterior la SHCP es quien entrega dichos recursos a la fiduciaria para el cumplimiento de un fin lícito.

La fiduciaria es la institución de crédito autorizada por ley quien recibe derechos del fideicomitente. La fiduciaria se encarga de administrar los bienes, de cumplir los objetivos del fideicomiso y de seguir las instrucciones del Comité Técnico. En el caso del fideicomiso del SPSS, la fiduciaria es el Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C.

Los fideicomisarios cuentan con la capacidad jurídica necesaria para recibir el beneficio que resulta del fin del fideicomiso. En el caso del FPGC, los fideicomisarios serán los prestadores de servicios de gastos catastróficos de la red del SPSS. Para el FPP los fideicomisarios serán las entidades federativas adheridas al SPSS a través de sus Regímenes estatales de protección social en salud.

El flujo financiero del fideicomiso, descrito en la figura 3.7, responde a los cuatro procesos definidos por los fines que cubren en su conjunto el FPGC y el FPP. Cada uno de los procesos se detallaron en las secciones 3.5 y 3.6, respectivamente. El flujo financiero de entrada está definido principalmente por el financiamiento presupuestal definido en la LGS. A este flujo principal se suman los intereses generados por la inversión del patrimonio del fideicomiso y las aportaciones provenientes de donaciones y aprovechamientos que puedan vincularse con los fines del FPGC o del FPP y sean autorizados por la SHCP.

El flujo financiero de salida está determinado por las transferencias que recibirán los diferentes fideicomisarios. Las transferencias serán previamente autorizadas por el Comité Técnico. Obsérvese que para que una transferencia sea autorizada debe cumplir con las Reglas de Operación y los lineamientos correspondientes al fin amparado en el FPGC o en el FPP. Los lineamientos que rigen el flujo financiero de salida son desarrollados por la Secretaría de Salud para conservar una mayor flexibilidad operativa.

La operación del fideicomiso del SPSS requiere una plataforma tecnológica integral que permita dar seguimiento efectivo y expedito a las operaciones que se realicen. La plataforma es administrada por la CNPSS y responde a las necesidades administrativas, contables y financieras de los procesos cubiertos por el fideicomiso. Dicha plataforma será descrita en la sección 4.6.

3.8 CUOTA REGULADORA

Debido a la naturaleza de seguro público del SPSS, existen incentivos para los afiliados de incurrir en comportamientos como el llamado "riesgo moral" que se refiere al consumo o utilización excesiva y sin justificación médica de un bien o servicio como es el caso de los medicamentos o servicios médicos. Este tipo de comportamiento podría generar fuertes presiones para la solvencia financiera del SPSS, razón por la cual se requieren mecanismos que inhiban dichos comportamientos en la medida de lo posible.

Bajo las consideraciones anteriores, la Ley incorpora una medida encaminada a brindar un mecanismo específico que responda a esta posibilidad, a través de su artículo 77 Bis 28 en donde se establece que:

> "Con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud, el Consejo de Salubridad General podrá establecer, mediante reglas de carácter general, un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en razón de la frecuencia de su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados".

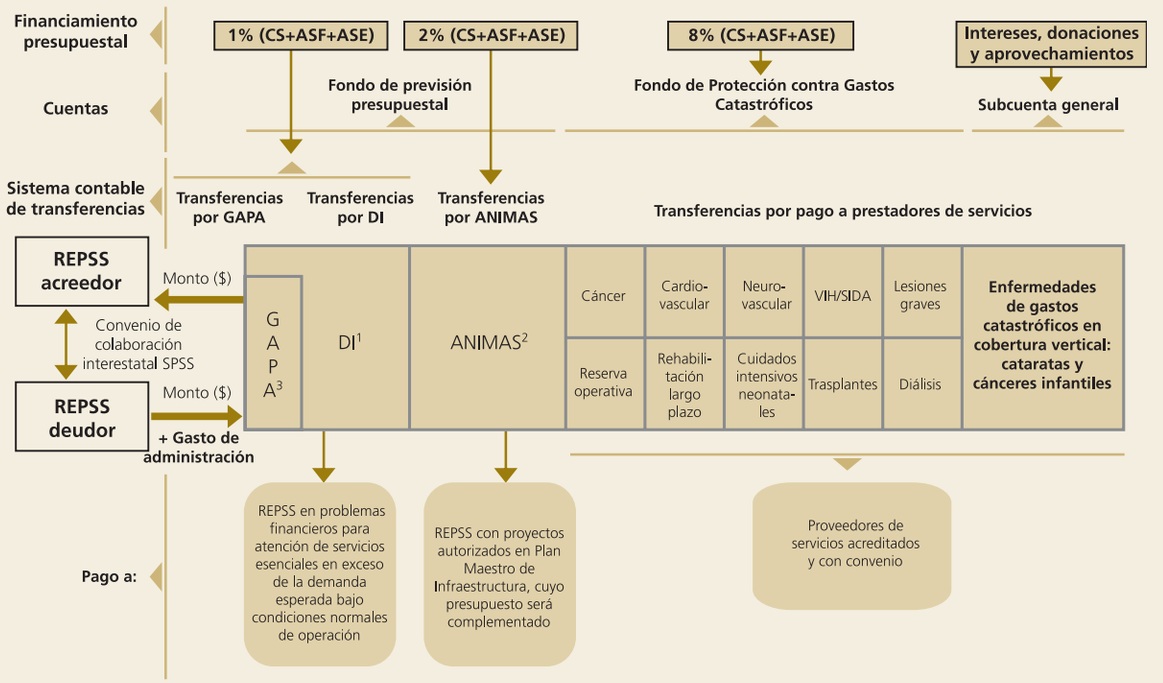
En primera instancia, las cuotas reguladoras a que se refiere la Ley tienen por objetivos los siguientes: modular la demanda, favorecer la corresponsabilidad de los ciudadanos e impulsar un uso racional de los medicamentos y servicios de salud. Es importante considerar que la eficacia, así como la dificultad para aplicar una medida de esta naturaleza, estriban en el efecto disuasorio o educativo que se logre en los afiliados para motivar un uso responsable de los servicios de salud.

La aportación que correspondería financiar al usuario por concepto de cuota reguladora podría realizarse bajo uno de los siguientes esquemas:

- Una cantidad fija por servicio o prescripción de medicamentos;
- un porcentaje del gasto generado a ser pagado por el usuario (lo que se conoce como coaseguro);

Figura 3.7

Estructura y flujo del fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud



1. DI: Diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales.
2. ANIMAS: Apoyo a la necesidad de infraestructura en zonas de mayor marginación social.
3. GAPA: Garantía de pago por incumplimiento en el pago de servicios.

CS: Cuota social. ASF: Aportación solidaria federal. ASE: Aportación solidaria estatal.

- un deducible, es decir un monto fijo a ser pagado por el usuario; y
- alguna combinación de las anteriores. En dicha combinación se especifican el monto a pagar por el medicamento y se fija el grado de co-financiamiento, es decir de coaseguro o deducible, por parte del usuario según las características del servicio.

De conformidad con el artículo 131 del Reglamento, solamente el Consejo de Salubridad General (CSG) podrá establecer las cuotas reguladoras. Su aplicación, en todo caso, será para todas las entidades federativas. Asimismo, el artículo 133 del Reglamento señala que los recursos recaudados por concepto de cuotas reguladoras deberán destinarse para financiar el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para la operación del SPSS.

En un escenario de aplicación de las cuotas reguladoras, la vigilancia y rendición de cuentas sobre los recursos que se obtengan mediante dicha medida, se realizará mediante informes trimestrales a la CNPSS, así como por los informes anuales que respondan a los lineamientos que para el efecto establezca el CSG.

Debe considerarse que para el cumplimiento de los objetivos a los que responde la aplicación de las cuotas reguladoras, en el contexto de un seguro público, se requerirá de una instrumentación que no ponga en riesgo la equidad y universalidad buscadas mediante la implantación del SPSS. En este sentido, el monto de las cuotas reguladoras podrá ser, ya sea de poca relevancia económica, en cuyo caso su efecto disuasorio se debilita o, por el contrario, articulado en relación estrecha con la condición socioeconómica de las familias beneficiarias. Esta articulación implica la armoni-

zación de las cuotas reguladoras con el monto de pago determinado para las cuotas familiares por decil de ingreso.

Finalmente cabe señalar que, de acuerdo con el artículo décimo sexto transitorio del Reglamento, no se aplicarán cuotas reguladoras durante 2004 ni 2005, con el objetivo de que la Secretaría realice estudios que apoyen al CSG en la definición de las reglas de carácter general a considerar para el establecimiento, en el futuro, de las cuotas reguladoras.

CUATRO.

Marco operativo

La implantación de la reforma ha generado nuevos procesos operativos que darán sustento al SPSS. Otros procesos desarrollados durante la operación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), que fungió como antecedente del SPSS, se han transformado para responder a los objetivos de la reforma. En general estos procesos pueden clasificarse en uno de dos ámbitos: el ámbito organizacional o el ámbito de la prestación de servicios.

En el ámbito organizacional se encuentran los procesos concernientes a la rectoría, la administración, el seguimiento y la rendición de cuentas del SPSS, tanto a nivel federal como estatal. También se incluyen procesos de vinculación entre el SPSS y otros programas federales que consideren el componente de salud, así como en relación con otros ámbitos de la protección social. Igualmente se contempla la relación entre el SPSS y el Sistema Nacional de Salud.

En el ámbito de la prestación de servicios se desarrollan los procesos directamente relacionados con la prestación de los servicios cubiertos por el SPSS. Aquí se incluyen procesos fundamentales como la afiliación y la vigencia de derechos, la plataforma tecnológica integral, las acciones para el fortalecimiento de la oferta, el Plan Maestro de Infraestructura, la acreditación y certificación de las unidades de atención médica así como el fideicomiso del SPSS. Además se presenta la estructura operativa para la prestación de los servicios de salud a la comunidad.

En las secciones siguientes se presentará en primer término una descripción de los aspectos jurídicos relevantes, así como las características de los procesos operativos más importantes, tanto en el ámbito organizacional como en el de la prestación de los servicios. Cabe mencionar que algunos elementos del marco operativo están aún en proceso de instrumentación, por lo que lo descrito a continuación busca servir como referencia y guía a futuro, aun cuando está sujeto a modificaciones como resultado de la evolución en la implantación del SPSS en las entidades federativas.

4.1 ASPECTOS JURÍDICOS

Además del diseño de un esquema financiero para extender el aseguramiento en salud a la población no derechohabiente de la seguridad social, la creación del SPSS implicó una reflexión más profunda sobre el significado del derecho constitucional a la protección de la salud y los elementos que permiten hacer efectivo este derecho. El párrafo tercero del artículo 4° constitucional establece lo siguiente:

> "... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.....".

Si bien hay quienes interpretan este derecho como una garantía individual y quienes lo definen como una garantía social, el hecho es que hasta antes de la reforma a la Ley General de Salud (LGS) de 2003, se carecía de un marco jurídico que brindara mayor certeza y reglas claras sobre el financiamiento y los beneficios exigibles por la población no amparada por la seguridad social.[18]

La LGS, reglamentaria del párrafo tercero del artículo 4° Constitucional, es una ley federal de aplicación en las entidades federativas, en donde se establecen las materias de salubridad general y se distribuyen competencias entre la federación y las entidades federativas para cada una de estas materias.

Con apego a la estructura de la Ley vigente, la reforma incorporó la protección social en salud como materia de salubridad general y adicionó un Título Tercero Bis que comprende 10 capítulos, 41 artículos y 21 artículos transitorios.

Bajo una interpretación del artículo 4° constitucional como garantía individual, la reforma buscó dar mayor número de elementos que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. Por ejemplo, el artículo 77 Bis 1 establece que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud. La definición de los requisitos de incorporación permite que este derecho se enfoque en aquella población que no es derechohabiente de la seguridad social. Asimismo, define la protección social en salud como un mecanismo mediante el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.

La LGS es: i) reglamentaria, ii) orgánica y iii) distributiva.[19] Con la reforma se añade una cuarta característica al constituirse como marco normativo de carácter financiero. En los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 se definen las aportaciones que competen al gobierno federal y a los gobiernos estatales y que conforman las fuentes de financiamiento para los servicios de atención médica (servicios de salud a la persona) cubiertos por el SPSS. De manera complementaria, el artículo 77 Bis 21 define las cuotas familiares que a manera de pre-pago y bajo la premisa de corresponsabilidad deben aportar las familias incorporadas al Sistema. El artículo 77 Bis 20 establece las bases para el financiamiento por separado de los servicios de salud a la comunidad, los cuales como se vió en la sección 3.2 se caracterizan por ser servicios que benefician a la población en general con independencia de su condición de aseguramiento en salud.

El concepto de protección social en salud se incluyó como materia de salubridad concurrente, es decir, en donde hay una participación tanto de la Federación como de las entidades federativas (artículo 3° fracción II Bis y artículo 13, A-VII bis y B-I). A partir de lo anterior, se establece la distribución de competencias entre Federación y entidades federativas en materia de protección social en salud. En este caso, se definió al gobierno federal (a través de la Secretaría de Salud) como el órden de gobierno responsable de regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud. En el ámbito estatal, se constituyó la figura de Regímenes estatales de protección social en salud (REPSS) como la instancia que opera y presta los servicios a través de instalaciones de atención médica con calidad acreditada. Cabe mencionar que la responsabilidad en materia de prestación de servicios recae por completo en los gobiernos estatales.

[18] Algunas interpretaciones del texto constitucional se refieren a este derecho como una garantía social. Esto significa que el precepto constitucional impone al Estado la obligación de generar las condiciones necesarias para que el derecho social pueda ejercerse. Sin embargo, las garantías sociales no son accionables, es decir, no pueden hacerse valer mediante juicio y carecen de tutela jurisdiccional. En contraste, la interpretación de este derecho como una garantía individual, es decir, como un derecho del gobernado que debe ser respetado por toda autoridad, y el cual no puede restringirse ni suspenderse sino en los casos y bajo las condiciones que la misma Constitución establece, permite que el gobernado pueda acudir a la instancia jurisdiccional en el caso de violación a la garantía individual.

[19] Es reglamentaria porque desarrolla el artículo 4° Constitucional, es orgánica porque establece la creación de instancias ó agencias públicas; y es distributiva porque asigna competencias entre órdenes de gobierno.

Recuadro 4.1 Premisas generales que guiaron los aspectos jurídicos de la reforma

- **Federalismo.** La vertiente jurídica de la reforma reconoce el carácter federalista de la LGS y por lo tanto se reconoce plenamente el proceso de descentralización.
- **Redefinición de la población abierta.** Previo a la reforma, la población no derechohabiente de la seguridad social se identificaba y contabilizaba de manera residual. Con la reforma, este grupo de población se define en función de su incorporación explícita a un esquema de aseguramiento en salud.
- **Corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y la ciudadanía.** La reforma establece los términos bajo los cuales los gobiernos federal y estatales son corresponsables en el financiamiento de la atención médica. Asimismo, se incorporan en la Ley y el Reglamento los términos bajo los cuales las familias son también corresponsables en el financiamiento y en otros aspectos de la atención médica como son el autocuidado de la salud o el uso de la credencial, entre otras obligaciones.
- **Certidumbre financiera.** La definición explícita de los beneficios a que tienen derecho las familias afiliadas al SPSS, se acompañó de las reglas para canalizar el financiamiento necesario para sustentar la prestación de los servicios.
- **Gradualidad.** El decreto de modificaciones a la LGS incluye en los artículos transitorios una serie de disposiciones que permitirán instrumentar la reforma de manera gradual, en particular en lo referente a la cobertura y alineación presupuestal.

Por otra parte, los cambios jurídicos preveen dos mecanismos de incorporación al SPSS. Por un lado la suscripción de acuerdos de coordinación como el mecanismo de adhesión de las entidades federativas al Sistema. Estos acuerdos incluyen un documento principal firmado por el gobierno estatal y el poder ejecutivo, representado por la Secretaría de Salud y en donde se establecen las reglas generales de la adhesión al Sistema. De manera complementaria se incluyen anexos en donde se precisan aspectos como meta de afiliación y recursos financieros, entre otros. A diferencia del documento principal, el cual es firmado una sola vez, los anexos son negociados y actualizados cada año con cada entidad federativa. Por otra parte, los beneficiarios se incorporan mediante solicitud expresa, previa comprobación de requisitos y el pago de una cuota familiar.

Entre los aspectos orgánicos de la reforma, los cambios jurídicos incluyeron la definición de las estructuras de apoyo necesarias para conducir y coordinar al SPSS: el Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CONPSS) como entidad coordinadora y de enlace con las entidades federativas, y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), como órgano desconcentrado de la Secretaría responsable de los aspectos normativos y de instrumentación del Sistema a nivel federal.

Finalmente, una de las adiciones que desde el punto de vista jurídico da mayor certidumbre a la población beneficiaria es la definición explícita de los beneficios y obligaciones (cuadro 4.1).

Las adiciones a la LGS incorporan también elementos que permiten tutelar los derechos de los beneficiarios. Por ejemplo, los REPSS tienen entre sus responsabilidades divulgar los derechos y obligaciones de los beneficiarios, así como impulsar la creación de unidades de atención al beneficiario. Por otra parte, tanto las unidades de atención médica como los REPSS y la CNPSS deberán responder, canalizar y dar seguimiento a preguntas, quejas y sugerencias de los beneficiarios. En la práctica se han tomado medidas como el uso de evaluaciones de opinión de los beneficiarios, el uso de un centro de atención telefónica para orientar a los usuarios y recibir preguntas, quejas y sugerencias tanto de prestación médica como administrativa. Adicionalmente, los beneficiarios pueden presentar preguntas, quejas y sugerencias en forma escrita o directamente en las unidades de atención médica.

Asimismo, de manera progresiva, los REPSS han impulsado la integración de organizaciones de beneficiarios constituidas bajo la figura de aval ciudadano de los resultados de calidad en lo referente al trato digno que debe proporcionarse en los centros de atención del área geográfica correspondiente. Al mismo tiempo, los REPSS

Recuadro 4.2 Contenidos mínimos de los acuerdos de coordinación celebrados con las entidades federativas

Acuerdo de coordinación para la ejecución del SPSS
que celebran el poder ejecutivo federal y cada una de las entidades federativas

1) Texto principal

- **Partes involucradas.** El poder ejecutivo federal, representado por la Secretaría de Salud y el poder ejecutivo estatal, representado por el gobernador (o jefe de gobierno) de la entidad federativa para ejecutar las acciones del SPSS.
  Adicionalmente pueden participar otros firmantes de ambos órdenes de gobierno como son la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud y en el ámbito estatal, la Secretaría de Gobierno, la Secretaría de Contraloría, la Secretaría de Finanzas y la Secretaría de Salud.
- **Antecedentes.** Se hace referencia a los fundamentos jurídicos y de planeación que dan lugar al acuerdo y que sustentan la facultad del poder ejecutivo federal para celebrarlo. Entre las referencias destacan las siguientes: en cuanto al objeto del acuerdo, el Plan Nacional de Desarrollo y el decreto de reforma a la LGS de 2003; en cuanto a la facultad del poder ejecutivo federal, destacan la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley de Planeación y la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
- **Objeto del acuerdo.** Se refiere al establecimiento de las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la ejecución en la entidad federativa del SPSS en los términos de la LGS, del Reglamento y demás disposiciones legales aplicables.
- **Obligaciones de las partes.** Se listan las acciones que cada órden de gobierno debe realizar principalmente en términos de coordinación, regulación, cambios jurídicos, apoyo y transferencia de recursos.
- **Prestación de servicios de salud.** Se refiere a la mención de la obligación que tiene el poder ejecutivo estatal de prestar a los beneficiarios los servicios esenciales y aquellos cubiertos por el FPGC, así como prestar los servicios de salud a la comunidad. Se menciona la posibilidad de que la entidad establezca conjuntos de servicios complementarios de acuerdo con necesidades de salud locales y cómo estos servicios habrán de ser financiados con recursos de la entidad federativa.
- **Incorporación de beneficiarios al SPSS.** Se hace mención de la prioridad que deberá darse a la incorporación de grupos vulnerables y al acuerdo de los compromisos anuales de afiliación conforme al anexo correspondiente.
- **Recursos financieros.** Se hace referencia a los recursos que el poder ejecutivo federal se compromete a gestionar y transferir al poder ejecutivo estatal, así como los plazos para las transferencias, conciliación de envíos y ejercicio de los recursos. Se hace explícito el destino único de estos recursos conforme a la regulación aplicable, así como los términos bajo los cuales la entidad deberá realizar la aportación solidaria estatal.
- **Rendición de cuentas y transparencia.** Se definen los informes trimestrales, semestrales y anuales que permitirán apoyar la transferencia de recursos, el seguimiento del gasto y conocer las actividades y avances realizados durante el año. Estos informes buscan también ser un mecanismo de transparencia y control en el ejercicio de los recursos. Dependiendo del tipo de informe el acuerdo precisa el tipo de información a reportar: asignación de recursos por tipo de aportación, retención de recursos para financiar el FPGC y el FPP, casos referidos para atención médica mediante financiamiento del FPGC, ejercicio de recursos transferidos, captación de cuotas familiares y uso de estos recursos, operación del REPSS y evaluación de su impacto, incluyendo datos del padrón estatal, actividades de difusión y promoción, esquemas para mejorar la atención médica, certificaciones de personal y de establecimientos de atención médica, y servicios de salud a la comunidad otorgados, entre otros temas. Se incluye una cláusula en donde la entidad federativa se compromete a poner a disposición del público la información relativa al manejo financiero del SPSS.
- **Medidas de colaboración e integración.** En este rubro se incluyen cláusulas que definen a través de qué establecimientos la entidad federativa podrá brindar los servicios de salud objeto del SPSS de acuerdo

continúa/

/continuación

con lo definido en el marco jurídico; se hace mención a la promoción de la participación de los municipios y a los convenios de colaboración interestatal e interinstitucional que podrá firmar la entidad a fin de garantizar la prestación de los servicios cubiertos por el SPSS.

- **Suspensión de transferencias y solución de controversias.** El documento incluye cláusulas en donde se precisan las causas por las que el poder ejecutivo federal puede suspender la transferencia de recursos así como la jurisdicción que corresponde para la solución de controversias.

2) Anexos a actualizar de manera anual

- Servicios de salud comprendidos por el SPSS en la entidad federativa
- Metas de afiliación anual y por trimestre
- Recursos presupuestales

Cuadro 4.1

Derechos y obligaciones de los beneficiarios del SPSS, artículos 77 bis 36, 77 bis 37 y 77 bis 38

Derechos	Obligaciones
• Recibir servicios de salud, sin ninguna discriminación; • recibir los insumos esenciales para el diagnóstico y tratamiento, y los medicamentos asociados a las intervenciones cubiertas por el SPSS; • recibir los servicios cubiertos en las unidades médicas de la administración pública (local o federal dependiendo del tipo de intervención demandada); • recibir servicios integrales de salud; • recibir acceso igualitario en la atención, así como trato digno, respetuoso y atención médica de calidad; • recibir información suficiente, clara y veraz sobre riesgos y alternativas de procedimientos terapéuticos y quirúrgicos; • conocer el informe anual de gestión del SPSS; • contar con su expediente clínico; • decidir libremente sobre su atención; • otorgar o no el consentimiento, validado e informado y el derecho a rechazar tratamientos o procedimientos; • ser tratado con confidencialidad; • contar con facilidades para una segunda opinión; • recibir atención médica de urgencias; • recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios; • no cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban cubierto por el SPSS; • presentar quejas ante los REPSS o SESA; • ser atendido cuando se inconforme.	• Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades; • hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios; • informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para la atención médica; • colaborar con el equipo de salud, informando verazmente sobre antecedentes y problemas de salud; • cumplir con las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimientos terapéuticos o quirúrgicos que le apliquen; • cubrir oportunamente sus cuotas familiares (y reguladoras en su caso); • dar trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo, a usuarios y acompañantes; • cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento; • hacer uso responsable de los servicios de salud; • proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al SPSS y el pago de la cuota familiar.

habrán de facilitar las condiciones para que otras modalidades de participación ciudadana coadyuven a una adecuada prestación de los servicios.

La instrumentación de la reforma implica que los agentes involucrados conozcan con detalle el marco jurídico. Como parte de los esfuerzos para difundir los contenidos de la reforma a la LGS y las regulaciones derivadas, así como para brindar herramientas al personal de los SESA, la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría ha llevado a cabo una serie de videoconferencias durante el primer semestre de 2006. Lo anterior con el objetivo de proporcionar a los funcionarios estatales los conocimientos, herramientas y apoyo en materia jurídica sobre los temas de mayor relevancia en el desempeño de sus nuevas funciones. Asimismo, se busca abrir una ventana interactiva con las entidades para atender sus consultas en la materia.

4.2 ORGANIZACIÓN PARA LA OPERACIÓN EN EL NIVEL FEDERAL

En respuesta a lo establecido en la reforma a la LGS, la implantación del SPSS ha implicado replantear las funciones y el papel de las instancias gubernamentales en los órdenes de gobierno federal y estatal.

En el ámbito federal, como se mencionó en la sección previa, se creó la CNPSS, la cual tiene como objetivo, en su carácter de órgano desconcentrado, la ejecución de las tareas establecidas en la LGS para el SPSS.

El papel principal de la CNPSS es, entre otras cosas, instrumentar la política de protección social en salud y el plan estratégico de desarrollo del Sistema; intervenir y promover la formalización de los acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas; evaluar el desempeño de los Regímenes estatales de protección social en salud (REPSS), dirigir y ejecutar las acciones de financiamiento; promover una política en materia de medicamentos; coordinar la administración del FPGC y cumplir con la rendición de cuentas a los ciudadanos.

En ese sentido, la CNPSS representa la instancia a nivel federal responsable de instrumentar el Sistema y garantizar la coordinación de los REPSS bajo una óptica federal.

Por otra parte, la Ley establece la creación del CONPSS como órgano colegiado consultivo, el cual será presidido por el Secretario de Salud y en él estarán representadas distintas autoridades del Sistema Nacional de Salud (IMSS, ISSSTE y Consejo de Salubridad General), otras dependencias públicas (Secretaría de Desarrollo Social y de Hacienda y Crédito Público), las entidades federativas (a través de los SESA) y los trabajadores de la salud (a través del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud).

El CONPSS podrá opinar respecto del financiamiento del SPSS y proponer medidas para su mejor funcionamiento, así como opinar sobre la propuesta para designar al titular de la CNPSS. Asimismo, podrá acordar la creación de grupos de trabajo para el análisis y estudio de temas que el propio CONPSS considere necesarios.

Finalmente, la Secretaría de Salud se ha visto inmersa en un proceso de reorganización interna que se ha reflejado tanto en la reorientación de áreas y recursos humanos, como en la alineación de recursos financieros. De esta manera, se ha buscado que el manejo de instrumentos normativos y presupuestales sea efectuado por las diferentes unidades al interior de la Secretaría de Salud conforme a la lógica que distingue entre las siguientes funciones del sistema de salud: i) ejercicio de la rectoría del sistema de salud; ii) prestación de servicios de salud a la comunidad, iii) prestación de servicios de salud a la persona y, iv) generación y desarrollo de recursos para la salud incluyendo infraestructura, recursos humanos y generación de conocimiento a través de la investigación.

4.3 ORGANIZACIÓN PARA LA OPERACIÓN EN LOS ESTADOS

La implantación del SPSS en las entidades federativas requiere la separación administrativa y de gestión entre una instancia responsable directamente de la prestación de los servicios y otra que ejerza las funciones de financiamiento y presupuestación por resultados de dichos servicios.

Las autoridades estatales tienen a su cargo la ejecución del SPSS en su entidad federativa, para lo cual deben tomar las medidas necesarias que permitan adecuar su marco legal y administrativo para que, en la medida de lo posible, sin incurrir en erogaciones adicionales a las existentes, se desarrolle una instancia dependiente de la autoridad sanitaria estatal que ejecute las acciones de afiliación, financiamiento, supervisión y evaluación de servicios de salud para el cumplimiento de las disposiciones aplicables y la adecuada implantación y funcionamiento del SPSS.

Para el cumplimiento de su responsabilidad, las entidades federativas cuentan con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación. Para la ejecución de estas funciones la Ley define al SPSS como el conjunto de acciones que los Regímenes estatales de protección social en salud (REPSS) realizan en materia de protección social en salud en las entidades federativas. La naturaleza del SPSS como instrumento de financia-

Recuadro 4.3 Regímenes estatales de protección social en salud

La figura de los Regímenes estatales de protección social en salud (REPSS) tiene fundamento en la LGS y en el Reglamento.[1] Los REPSS se conciben como la unidad o instancia a nivel estatal responsable de la gestión del Seguro Popular de Salud.

La existencia de diferentes estructuras jurídicas y organizacionales en las entidades federativas implica que la conformación de los REPSS podrá variar de acuerdo con el contexto jurídico-administrativo de cada entidad. Sin embargo, se busca que bajo cualquier variante, los REPSS permitan:

i) formalizar como parte de la estructura estatal a la entidad gestora responsable de financiar y garantizar que se provean de manera integral los servicios cubiertos por el SPS, es decir, la gestión del SPS;
ii) conformar una unidad administrativa diferenciada de los SESA que facilite la separación de funciones en el nivel estatal al fungir como responsable de la afiliación, tutela de derechos y presupuestación por resultados al canalizar recursos a los prestadores de servicios a través de acuerdos de gestión.

Al mes de junio de 2006, en 22 entidades federativas se contaba legalmente con una unidad administrativa (bajo la estructura de los SESA) que opera el SPSS asimilando sus funciones al REPSS. En cinco entidades, los REPSS se han conformado bajo una figura jurídica diferenciada de los SESA. En las cinco entidades restantes, no se han conformado formalmente los REPSS, es decir la unidad que opera actualmente al Seguro Popular y cuyas funciones son asimilables a las definidas para los REPSS no ha sido formalizada jurídica y administrativamente.

Conforme a lo establecido en el Reglamento, los REPSS requieren de la articulación de acciones que permitan llevar a cabo una serie de funciones que se pueden agrupar en dos grandes categorías como se muestra a continuación:

- Coordinación de la prestación de servicios (artículos 10, 13, 14, 16 y del 18 al 22):[2]
  - Garantizar, de manera directa, la prestación de los servicios de salud a la persona que se derivan del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud y de intervenciones de alta especialidad a través de sus establecimientos. En forma indirecta, la prestación de los servicios se garantiza mediante convenios de colaboración con otras entidades federativas o en su caso, con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, utilizando el sistema de referencia y contrarreferencia del SPSS y considerando a estos establecimientos médicos como redes de servicios;
  - establecer criterios homogéneos mediante la suscripción de convenios de gestión con los establecimientos para la atención médica de la entidad federativa. Mediante este instrumento se asignarán los recursos a los prestadores de servicios en función del cumplimiento de parámetros de calidad, cobertura, evaluación y seguimiento;
  - promover el abasto oportuno de medicamentos mediante convenios de gestión; y
  - determinar y financiar conjuntos complementarios de servicios, los cuales serán sustentados en los acuerdos de coordinación correspondientes y responderán a las necesidades específicas que en materia de salud tenga cada entidad federativa.

- Gestión y administración (artículos 41-43, 49, 53-58, 63-65, 74, 77, 127, 129, 130, 132-135, 137-139, segundo y sexto transitorios):
  - Promover, afiliar e incorporar beneficiarios al SPSS así como elaborar, conforme a los lineamientos que establezca la CNPSS, el padrón de afiliados;
  - gestionar y administrar los recursos federales y estatales;
  - recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares y las cuotas reguladoras;
  - gestionar la transferencia de recursos a los prestadores de los servicios médicos, así como los recursos interestatales y de gestión por contrato; y
  - generar información y promover la evaluación, a través de actividades de supervisión y seguimiento, de la operación del SPSS en su área de competencia.

[1] Ver artículos 77 bis 2 y 77 bis 10 de la LGS, así como artículos 3 y 13 del Reglamento.
[2] Es importante señalar que los REPSS no están facultados para prestar servicios de salud a la comunidad, quienes realizan dicha actividad son los Servicios estatales de salud.

miento para el aseguramiento de las familias se ejecuta mediante el ejercicio de las funciones de financiamiento y gestión financiera de servicios de salud que corresponde a los REPSS.

Conceptualmente, los REPSS comprenden las acciones que realiza la autoridad sanitaria estatal en materia de protección social en salud, lo cual puede llevarse a cabo mediante una unidad administrativa específica. Dichas acciones se pueden dividir en dos grandes categorías: la gestión y administración de los recursos financieros y la coordinación de la prestación de los servicios de atención médica.

El ámbito de los REPSS está conformado por las instancias presentadas en la figura 4.1.

Los Servicios estatales de salud, independientemente de la forma jurídica que adopten, son los responsables de la rectoría y la prestación de servicios de salud y, en general, de ejecutar todas las acciones asociadas con la protección social en salud.

En cada entidad federativa se contará con una unidad de gestión o Unidad Estatal de Protección Social en Salud (UEPSS). La UEPSS deberá ejercer las responsabilidades que la Ley y el Reglamento le otorgan a los REPSS, así como las gestiones para la transferencia de recursos estatales y federales al REPSS. Asimismo, trabajará de manera coordinada con los SESA en el seguimiento del ejercicio de los recursos financieros, así como en la integración de la red de prestadores de servicios. Se coordina también con la Secretaría de Salud y la CNPSS para establecer, entre las distintas entidades federativas, un grado de orden y homogeneidad en los procesos operativos de promoción, afiliación, verificación de la vigencia de derechos, tutela de derechos de los beneficiarios, gestión de los recursos financieros destinados a la persona, verificación de que los prestadores de servicios cumplan con los requisitos que establece la Ley, la gestión de transferencias de recursos a dichos prestadores y la rendición de cuentas. Su forma jurídica es determinada por cada entidad federativa.

La prestación de los servicios está a cargo de los establecimientos de atención médica que forman parte de la red de prestadores de servicios de salud en el estado. Esta red puede ser complementada mediante los convenios respectivos con otros establecimientos del Sistema Nacional de Salud, mismos que pueden estar localizados en otras entidades federativas.

Con el objetivo de contar con estructuras homogéneas que faciliten la coordinación entre las UEPSS, se ha generado

Figura 4.1
Instancias del Sistema de Protección Social en Salud

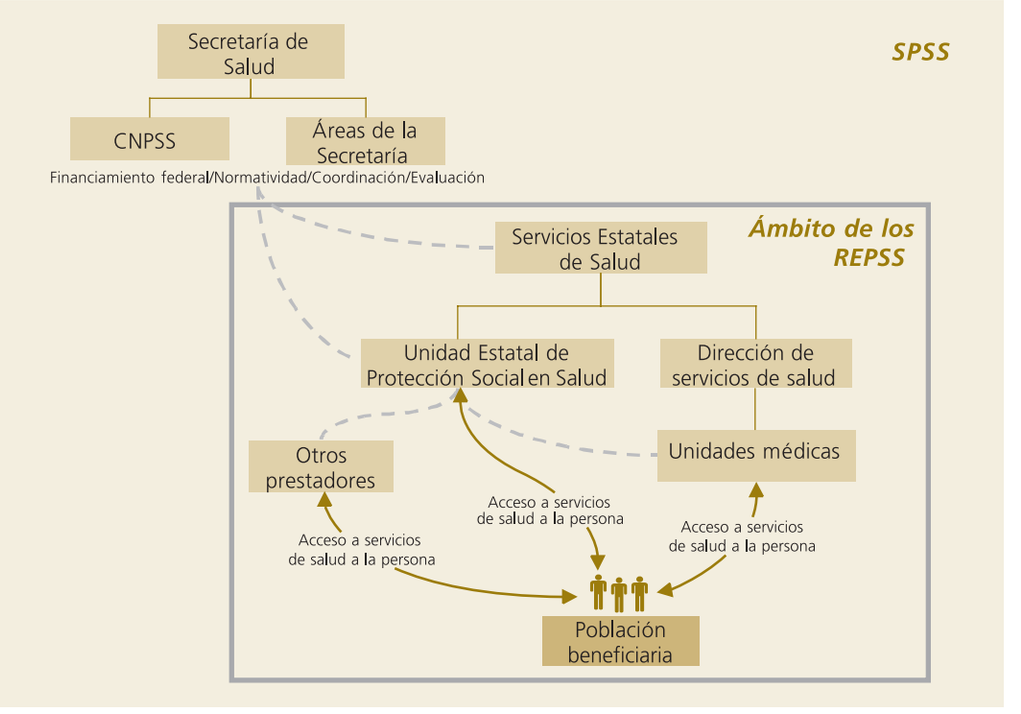
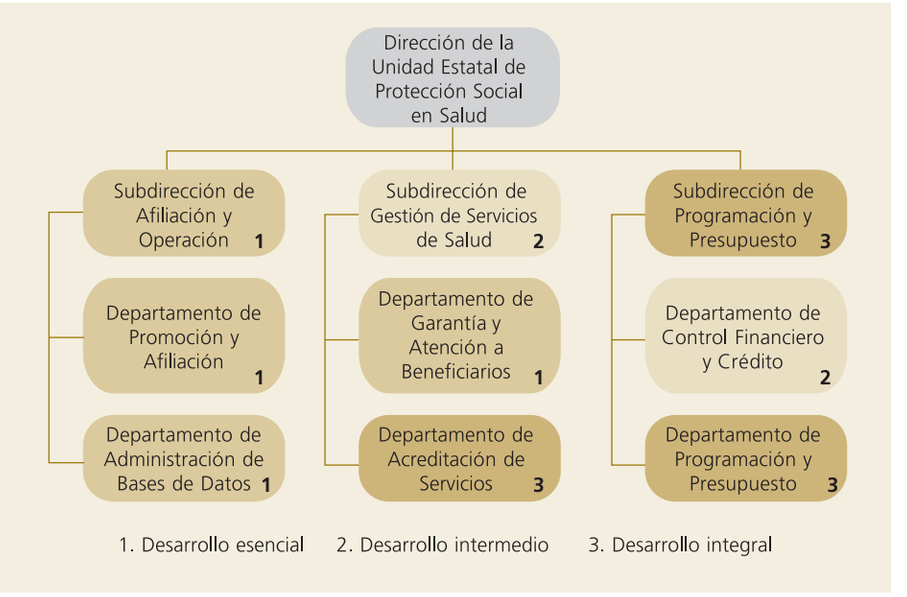


Figura 4.2
Modelo de crecimiento de la estructura de la Unidad Estatal de Protección Social en Salud



Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, "Desarrollo Organizacional de la CNPSS-UEPSS", presentación realizada en sesión plenaria del Consejo Nacional de Salud el 4 de marzo de 2004.

un modelo de desarrollo de estas unidades. En la figura 4.2 se muestra el modelo de lo que podría ser la estructura organizacional recomendable para las UEPSS. Como se podrá apreciar en esta figura, existen al menos tres niveles de funciones en la estructura propuesta. El nivel "1" corresponde a aquellas que resultan esenciales por responder a las responsabilidades primarias de los REPSS, como son las áreas de afiliación y operación, promoción, administración de bases de datos y atención a beneficiarios. Asimismo, se muestran aquellas áreas con un nivel "2" o intermedio en cuanto a su presencia dentro de la estructura de las UEPSS como control financiero y de crédito, al igual que la gestión de servicios de salud. Finalmente, se identifican en un nivel "3" aquellas áreas que formarían parte de un desarrollo integral de las UEPSS y que vendrían a reforzar el cumplimiento de las responsabilidades esenciales.

4.4 AFILIACIÓN, VIGENCIA DE DERECHOS Y PADRÓN DE AFILIADOS

La afiliación y validación de la vigencia de derechos son los dos procesos cruciales del SPSS (anexo AL.8). La afiliación tiene como objetivo la identificación y registro de las familias sujetas a incorporación al SPSS. La vigencia brinda certeza a las familias afiliadas respecto a su derecho de cobertura de los servicios brindados por el SPSS. Ambos procesos alimentan y usan los datos captados en el padrón de afiliados, el cual constituye la fuente más importante de datos del SPSS.

4.4.1 Proceso de afiliación

El proceso de afiliación tiene dos características básicas: por un lado, es un proceso que se inicia por petición de las familias dado el carácter de incorporación voluntaria al SPSS; por otro lado, es un proceso que se circunscribe a las metas anuales de afiliación que se acuerdan entre la CNPSS y las entidades federativas, así como al tope anual de afiliación de 14.3% de las familias susceptibles de ser incorporadas a nivel nacional durante el periodo de implantación del SPSS establecido en el artículo octavo transitorio de la LGS.

El proceso de afiliación se divide a nivel operativo en dos etapas: la primera etapa es la promoción de los beneficios que brinda el SPSS entre la población sujeta a incorporación; la segunda etapa es la validación y registro de los datos de las familias que cumplan con los requisitos descritos en la LGS para su incorporación.

La estrategia general de promoción es propuesta por la CNPSS y operada por las entidades federativas. Las zonas en donde se promociona al SPSS son selecciona-

Cuadro 4.2

Cierres de afiliación del Seguro Popular de Salud a diciembre del 2005

Entidad Federativa	Número de personas afiliadas	Número de familias afiliadas
Aguascalientes	280,192	85,071
Baja California	216,283	80,000
Baja California Sur	48,641	15,555
Campeche	206,906	65,000
Coahuila	75,487	25,555
Colima	190,338	68,979
Chiapas	555,331	178,397
Chihuahua	133,802	40,000
Distrito Federal	209,056	65,000
Durango	65,168	20,000
Guanajuato	1,239,768	394,031
Guerrero	176,869	52,748
Hidalgo	288,170	86,815
Jalisco	516,398	153,783
Estado de México	926,409	270,975
Michoacán	174,876	49,974
Morelos	262,305	83,384
Nayarit	227,446	74,974
Nuevo León	188,077	58,453
Oaxaca	329,233	115,030
Puebla	802,485	216,651
Querétaro	134,975	32,565
Quintana Roo	74,397	21,697
San Luis Potosí	450,871	134,964
Sinaloa	455,273	126,740
Sonora	271,547	98,169
Tabasco	1,067,273	365,464
Tamaulipas	583,618	190,000
Tlaxcala	105,598	31,817
Veracruz	750,329	235,824
Yucatán	188,666	54,537
Zacatecas	209,074	63,825
Total	11,404,861	3,555,977

Fuente: Dirección General de Afiliación y Operación, CNPSS

das conforme a un plan de afiliación relacionado con las metas anuales acordadas entre la CNPSS y las entidades federativas. La promoción incluye publicidad en medios masivos de comunicación, así como material impreso que se distribuye en las unidades de atención médica de los Servicios estatales de salud y en las zonas acordadas con las entidades federativas que visite el personal de afiliación.

Durante la promoción, el personal del SPSS entrega una solicitud de inscripción en la que se incluye la Cédula de características socioeconómicas del hogar (CECASOEH). Esta cédula permite identificar a las familias susceptibles de afiliación así como también clasificar a la familia solicitante en un decil de ingreso. Esta clasificación determinará la pertenencia de la familia al régimen no contributivo o, en su defecto, el monto de la CF a cubrir bajo el régimen contributivo (sección 3.4.3).

Derivado de las observaciones emitidas por las entidades federativas y con objeto de mejorar la efectividad de la CECASOEH, en especial en zonas urbanas y semiurbanas, se trabajó durante el 2005, una nueva versión del instrumento.[20] Para ello se integró un grupo de trabajo al interior de la CNPSS, coordinado por la Dirección General de Afiliación y Operación y que contó con el apoyo técnico del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

La nueva CECASOEH considera aspectos específicos de la familia, características de la localidad en la que habita y las propias condiciones de desigualdad regional y estatal de México. Así la clasificación socioeconómica considera actualmente las condiciones y ubicación geográfica del hogar, el nivel de estudios, indigenismo, la ocupación de los integrantes de la familia, los bienes con que cuenta y aspectos relacionados con el nivel de consumo y gasto familiar, entre otros.

Entre las principales innovaciones de esta nueva versión de la CECASOEH destacan la inclusión de la figura del jefe del hogar (adicional al titular), la utilización de variables a nivel localidad (índice de marginación), la desagregación de los años de escolaridad de cada uno de los integrantes, así como mayor detalle en cuanto a la posesión de bienes y las condiciones generales de la vivienda.[21]

En conjunto el nuevo instrumento robustece significativamente la sensibilidad de la CECASOEH en cuanto a la identificación de las familias pertenecientes principalmente a los deciles 1 y 2 (no contributivos) y mejora la clasificación para aquellas familias ubicadas entre los deciles 3 y 10 de la distribución del ingreso.

En términos operativos este nuevo instrumento funcionará igual que el anterior, es decir los datos declarados en la solicitud por el titular de la familia interesada, incluyendo los datos de la CECASOEH, forman el conjunto básico de datos contenidos en el padrón de afiliados. Este padrón contiene exclusivamente los datos

[20] Lo anterior, de conformidad con el artículo cuarto transitorio de los Lineamientos de Afiliación y Operación, en donde se establece que la CNPSS deberá actualizar la CECASOEH en un plazo que no exceda de un año a partir de la publicación de estos lineamientos.

[21] En términos operativos el titular sigue desempeñando las mismas funciones que antes, la figura del jefe del hogar (el cual puede ser distinto al titular) permite una mejor clasificación socioeconómica por tratarse del encargado económico de la familia.

relacionados con las familias cuya solicitud fue validada y posteriormente registrada. El padrón y sus características serán descritos en la sección 4.4.3.

Los datos clave de la solicitud que han de ser verificados son:

- Residencia en la zona geográfica donde se realiza la solicitud, mediante comprobante de domicilio (incluyendo localidad, municipio y entidad federativa);
- la no derechohabiencia a instituciones de seguridad social a través de la declaración en buena fe de los solicitantes; y
- la Clave Única de Registro de Población (CURP) de cada miembro de la familia, la cual puede tramitarse durante el proceso de afiliación.

En una etapa posterior, estos datos se cotejarán contra el padrón de afiliados de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica para determinar duplicidades y en su caso aplicar la suspensión de derechos de acuerdo con el artículo 77 Bis 40 de la LGS.

Una vez que los datos declarados en la solicitud son corroborados e incorporados al padrón, y previo pago de la CF respectiva, o previo cumplimiento de los requisitos para ser parte del régimen no contributivo, los miembros de la familia son considerados afiliados al SPSS. Al ser afiliados reciben la Tarjeta Inteligente Tu Salud (TUS), se les asigna un centro de salud como unidad de atención médica de adscripción en donde los miembros de la familia deberán acudir para recibir atención de primer contacto y en donde se les proporciona la Cartilla Nacional de Salud. Además, reciben un ejemplar tanto del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud como del catálogo de intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Una de las estrategias de afiliación que se está implantando es la incorporación de colectivos que constituyan un grupo focal bien identificado bajo la perspectiva del SPSS. Dichos colectivos se clasifican en dos tipos. Por un lado, los colectivos representados por las familias de trabajadores de un mismo gremio o sector productivo que no estén afiliados a la seguridad social, como es el caso de los trabajadores del campo adscritos al Programa de Apoyos Directos al Campo (PROCAMPO). Este es un ejemplo de la estrategia de ampliación de cobertura horizontal (a partir de grupos de población). Por otro lado, se consideran los colectivos compuestos por pacientes que padecen una enfermedad que no puede esperar a ser cubierta en forma gradual como lo estipula la LGS. Un ejemplo de este segundo tipo de colectivos es la afiliación al SPSS de todos los niños no derechohabientes de la seguridad social con leucemia linfoblástica aguda, lo cual es parte de la estrategia de ampliación de cobertura vertical (por enfermedad).

La afiliación de colectivos busca ayudar a los afiliados brindando cobertura rápida y atención ante necesidades de salud apremiantes, así como lograr que se cumplan las metas anuales de afiliación acordadas entre cada entidad federativa y la CNPSS.

4.4.2 Vigencia de derechos

La validación de la vigencia de derechos permite dar certidumbre de cobertura financiera de servicios a las familias afiliadas al SPSS. La vigencia de derechos inicia el primer día del mes calendario siguiente a la fecha de afiliación de la familia al SPSS y termina 12 meses calendario después, de acuerdo con el artículo 44 del Reglamento. La vigencia se podrá extender hasta por 60 días naturales después del doceavo mes calendario para permitir que la familia renueve su afiliación.

La vigencia de derechos se verificará cada vez que algún afiliado solicite los servicios cubiertos por el SPSS. Para la verificación bastará la presentación de la tarjeta o credencial que lo identifique como beneficiario, aunque la falta de ésta no limitará el acceso al servicio, ya que en el centro de salud asignado al afiliado existe un módulo de atención del SPSS en donde el afiliado podrá verificar su vigencia con solo dar su nombre.

La vigencia de derechos es crucial para el proceso de referencia-contrarreferencia de afiliados de un centro de salud hacia un hospital y especialmente de un hospital hacia los centros regionales de alta especialidad en donde se presta la atención de gastos catastróficos.

4.4.3 Padrón de afiliados

El padrón de afiliados es la fuente basal de datos para la planeación y seguimiento de los procesos operativos vinculados con la prestación de los servicios cubiertos por el SPSS. El padrón se integra por las bases de datos de afiliados que cada uno de los REPSS ha validado previamente durante el proceso de afiliación.

Los datos captados en la solicitud de afiliación al SPSS, especialmente en la CECASOEH, forman el conjunto básico de datos que se administrará mediante la plataforma tecnológica integral del SPSS. Al igual que la versión anterior, la nueva CECASOEH, se divide en dos grandes secciones. La diferencia radica en el número de módulos contenidos en la sección catalogada como información socioeconómica, descrita a continuación:

I. **Datos de identificación del solicitante.** Aquí se especifican datos como la CURP del titular de la familia; un número de folio de identificación de la solicitud; datos sobre el o los programas sociales federales en

los que alguno de los miembros esté registrado; domicilio incluyendo localidad, municipio y entidad federativa así como la identificación del jefe del hogar y la condición de seguridad social (incluyendo la institución a la que se pertenece). Con la información recopilada en la sección II se registra el resultado de la evaluación del ingreso familiar. Este resultado se expresa mediante el decil de ingreso y la CF calculados de acuerdo con los lineamientos establecidos por la CNPSS.

II. **Información socioeconómica.** Esta sección contiene siete módulos:
   1. **Características de los integrantes del hogar.** Se registran el nombre y apellidos, la edad, el sexo, la fecha y lugar de nacimiento, el parentesco, el estado civil, la CURP y el grado de discapacidad de cada uno de los miembros de la familia;
   2. **Escolaridad.** Registra analfabetismo, escolaridad (nivel y grado), tipo de escuela (publica ó privada) y la condición de indigenismo de cada integrante del hogar.
   3. **Condición laboral.** Para cada miembro de 5 años y más, registra si ha desarrollado actividades laborales (condición laboral), trabajo doméstico, si se encuentra jubilado, pensionado, incapacitado, o es estudiante, además de otras actividades que representan un ingreso económico (venta de productos, trabajo doméstico remunerado, trabajo agrícola, entre otros).
   4. **Condiciones y características de la vivienda.** Este módulo captura información no solo del tipo de pared, techo y suelo sino también sobre el tipo de combustible, agua y sanitarios con los que cuenta el hogar.
   5. **Bienes.** Capta información sobre el tipo de bienes y artículos en posesión del hogar tales como (automóvil, lavadora, secadora, horno de microondas, entre otros).
   6. **Gasto en servicios.** Se refiere al uso de algunos servicios dentro del hogar tales como teléfono, internet o televisión por cable.
   7. **Gasto en consumo.** Por último esta sección explora los patrones de consumo del hogar respecto a alimentos, artículos de limpieza, vestido y entretenimiento.

La conjunción de esta información con algunos datos relacionados con las características geográficas y de infraestructura de la localidad permiten el desarrollo del algoritmo para calcular el decil de ingreso correspondiente a cada familia.

Además de los datos de la solicitud, el padrón contiene la fecha de afiliación, con la cual se calcula la vigencia de derechos y la clave del establecimiento para la atención médica de adscripción. Se espera que este nuevo instrumento sea utilizado para afiliar a las familias en el próximo periodo de afiliación en el mes de julio del 2006.

El padrón está sujeto a las normas de confidencialidad de acuerdo con la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y la Ley de Información Estadística y Geográfica.

Como parte de la administración y validación del padrón, la CNPSS solicitará anualmente al CSG un cotejo de los padrones de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica contra el padrón de afiliados al SPSS. Del resultado del cotejo la CNPSS podrá suspender los derechos de las familias que resulten con doble cobertura en protección social en salud sin haberlo manifestado al momento de la solicitud de afiliación al SPSS. Además, la CNPSS podrá ordenar las evaluaciones pertinentes a los padrones de los REPSS para verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la CNPSS respecto a la estructura y administración del padrón, así como el cumplimiento de lo establecido en la legislación aplicable a fuentes de información pública gubernamental.

Por último, cabe señalar que para el buen funcionamiento de los procesos de afiliación y validación de la vigencia de derechos, así como para la correcta administración del padrón se requiere de una plataforma tecnológica integral que responda a la dinámica de estos procesos. Dicha plataforma será descrita en la sección 4.6.

4.5 DEFINICIÓN DE ENFERMEDADES ASOCIADAS A GASTOS CATASTRÓFICOS

El artículo décimo cuarto transitorio de la reforma a la LGS define nueve categorías de enfermedades o intervenciones que serán gradualmente cubiertas por el FPGC. La lista de categorías vigentes en 2005 se presenta en el cuadro 4.3.

Las enfermedades, intervenciones y medicamentos asociados incluidos en cada una de las nueve categorías son, por Ley, identificados y definidos por el Consejo de Salubridad General (CSG) siguiendo los criterios establecidos en la LGS. Dichos criterios permiten identificar enfermedades cuyo tratamiento implique un alto costo para el SPSS y para las familias en virtud de su grado de complejidad o la frecuencia con la que ocurren.

Los criterios empleados para la identificación de las enfermedades son el peso de la enfermedad, la efectividad de las intervenciones, la seguridad y eficacia del tratamiento, la aceptabilidad social, la adherencia a

Cuadro 4.3
Categorías de enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos

Categorías
1. Diagnóstico y tratamiento del cáncer
2. Problemas cardiovasculares
3. Enfermedades cerebro-vasculares
4. VIH/SIDA
5. Lesiones graves
6. Rehabilitación de largo plazo
7. Cuidados intensivos neonatales
8. Trasplantes
9. Diálisis

normas éticas profesionales médicas y la evolución de la enfermedad. Las enfermedades e intervenciones serán identificadas o actualizadas por el CSG siguiendo los criterios antes descritos. Dichos criterios requieren el trabajo continuo y conjunto tanto del CSG como de la CNPSS para la implantación de métodos estándar que permitan identificar, actualizar, realizar el costeo y la medición de la efectividad de los tratamientos, así como captar el nivel de aceptabilidad social para cada una de las enfermedades. Además el CSG debe desarrollar el marco normativo que sustente la operación de los métodos antes descritos.

En cumplimiento de lo anterior, el CSG ha integrado grupos de trabajo con representantes de las instituciones que lo conforman, para definir una lista de enfermedades correspondientes a las categorías establecidas en al LGS. Las enfermedades e intervenciones identificadas como generadoras de gastos catastróficos para el SPSS se presentan en el anexo AT.4. Adicionalmente, se acordó establecer la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos (COTRAME), como órgano de apoyo al CSG en esta materia (anexo AL.6).

Las revisiones a la lista de enfermedades e intervenciones son realizadas por la COTRAME, creada por acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de abril de 2004. Dicha comisión se integra por el Secretario del CSG, quien la preside, y dos representantes de la Secretaría de Salud que son el Titular de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y el Titular de la CNPSS. Sesiona bimestralmente de manera ordinaria, previa convocatoria de su presidente.

Los documentos generados por la COTRAME, particularmente los protocolos técnicos de tratamiento en cada enfermedad son la base para la estimación de costos por parte de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría y de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS.[22] Los costos sustentados en los protocolos técnicos serán revisados y actualizados periódicamente por la CNPSS. Al inicio de las operaciones del FPGC, el costo de las intervenciones cubiertas será el mismo para todos los proveedores de servicios. Conforme el SPSS madure se integrarán mecanismos para captar las diferencias en precios de los insumos existentes en las diversas regiones del país.

Asimismo, los protocolos son una referencia en la planeación de la atención y financiamiento a nivel nacional de los programas presididos por el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (anexo AL.7), el Consejo Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en el caso del cáncer cérvico-uterino y el Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH-SIDA en el caso de la provisión de medicamentos antirretrovirales.

Los tratamientos definidos por el CSG en los protocolos técnicos servirán de base para generar guías clínico-terapéuticas que deberán ser observadas por las unidades de atención médica que funjan como proveedores de los servicios cubiertos por el FPGC. Dichas guías también servirán como parámetro a la CNPSS para la evaluación y el seguimiento de la calidad de los servicios otorgados por los prestadores de servicios del FPGC.

Las enfermedades y tratamientos cubiertos se especifican en el catálogo de intervenciones cubiertas por el FPGC. En 2006 el FPGC cubrirá los tratamientos para las enfermedades descritas en el anexo AT.4. Con base en lo anterior el FPGC tendrá un carácter de agente financiador a través del pago por resultados, de los tratamientos cuya cobertura se encuentre vigente al momento en el que los afiliados requieran la atención.

4.5.1 Fuentes de ingreso y gasto del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Los artículos 77 Bis 17 y 77 Bis 18 de la LGS definen dos fuentes principales de ingreso para el FPGC. La primera fuente está integrada por 8% de la suma de la CS, la ASF y la ASE. La segunda fuente es el remanente que exista al final del ejercicio fiscal anterior en el Fondo de la previsión presupuestal. Existen otras dos fuentes potenciales de ingresos para el FPGC: i) los intereses devengados de la inversión de los recursos disponibles y,

[22] El papel de la Unidad de Análisis Económico en el costeo de las enfermedades es robustecer los resultados que obtenga la CNPSS y apoyar la transparencia del proceso de costeo. El robustecimiento se deriva del hecho que la Unidad es un área mayor de la Secretaría, independiente del proceso de operación y negociación en la determinación de las tarifas a ser pagadas por la CNPSS.

Recuadro 4.4 Proceso para la definición, actualización y costeo de tratamientos asociados a las enfermedades e intervenciones identificadas por el CSG

I. Definición y actualización de intervenciones

El proceso seguido por el CSG en la definición y actualización de los tratamientos y medicamentos para las enfermedades e intervenciones identificadas sigue las etapas presentadas a continuación.

Definición de intervenciones

1. Revisión de la base documental y bibliográfica disponible sobre los tratamientos y medicamentos para cada enfermedad e intervención.
2. Verificación de los insumos en cuadros básicos y catálogos de insumos del sector salud.
3. Elaboración de los formatos para la descripción de las intervenciones incluidas en cada tratamiento.
4. Asignación del formato de cada enfermedad a las instituciones miembros del CSG participantes en el proceso (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SECMAR, AMM, AMC, UNAM, IPN).
5. Revisión y validación por los comités específicos de la COTRAME del material desarrollado en cada institución miembro del CSG respecto a la evolución de cada enfermedad.

El resultado de la revisión y validación mencionado en el numeral 5 es el protocolo técnico. Dicho protocolo se utiliza como base para el costeo del tratamiento. Además la COTRAME los revisará, y en su caso los actualizará, en forma periódica.

Actualización de intervenciones

1. Homologación del formato de los protocolos técnicos, a fin de facilitar la descripción del proceso integral de atención de pacientes, con los apartados siguientes: categoría; enfermedad y código CIE-10; etapas de tratamiento; intervenciones; medicamentos y otros insumos.
2. Estandarización y codificación de las enfermedades según la CIE-10.
3. Recopilación y análisis de bibliografía más reciente referente a cada enfermedad.
4. Revisión y en su caso actualización de los procedimientos o intervenciones diagnósticos, terapéuticos, paliativos o de rehabilitación necesarios para la atención integral de cada enfermedad.
5. Revisión y en su caso actualización de los medicamentos e insumos necesarios en cada procedimiento de acuerdo al Cuadro básico y al Catálogo de medicamentos e insumos del sector salud. En algunas enfermedades es necesario solicitar la inclusión de algún medicamento o insumo en el cuadro básico respectivo y establecer la dosis estándar.

Durante el segundo semestre de 2004, en el 2005 y durante el primer semestre de 2006 la COTRAME, a través de los Comités de Cáncer en Adultos, Cáncer en Niños, VIH-SIDA, Cuidados Intensivos Neonatales, Enfermedades Cerebrovasculares, Trasplantes, Diálisis, Enfermedades Cardiovasculares y Rehabilitación, actualizó parte del listado de enfermedades, tratamientos y medicamentos mediante protocolos técnicos. Como resultado de estos trabajos, se integraron y actualizaron los protocolos técnicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que se enlistan en el anexo AT.4.

II. Costeo de enfermedades

El proceso seguido tanto por la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría como por la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS para las enfermedades e intervenciones identificadas sigue las etapas presentadas a continuación.

1. Determinación del protocolo técnico para el tratamiento del paciente promedio. Dicho protocolo incluye las dosis y tiempos de tratamiento por etapa, tipo o estadio.
2. Verificación de los insumos en cuadros básicos y catálogos de insumos del sector salud. También se verifican los precios de adquisición pública del IMSS como base para el costeo.

continúa/

/continuación

3. Vaciado de los protocolos técnicos en los sistemas de costeo desarrollados tanto por la Unidad como por la CNPSS. En dichos sistemas se consideran las dosis y tiempos estipulados en los protocolos generándose un micro-costeo del caso promedio. También se definen el peso y superficie corporal del paciente promedio, ya que una proporción importante de los medicamentos se dosifican considerando alguna de estas variables.
4. Obtención de las frecuencias de uso de medicamentos, probabilidades de uso de terapias sustitutivas y de probabilidades de ocurrencia para las etapas (los tipos o los estadios), subetapas y complicaciones especificadas en el protocolo. Estos datos se obtienen de las estadísticas reportadas por hospitales de la Secretaría que brindan el tratamiento que se está costeando.
5. Generación del costo esperado del tratamiento al aplicar las frecuencias de uso y probabilidades a los vaciados de los protocolos técnicos.
6. Contraste de los resultados obtenidos tanto por la Unidad como por la CNPSS determinándose diferencias y obteniéndose un consenso en los resultados a utilizarse en las proyecciones financieras para la definición de suficiencia del FPGC.

Los costos obtenidos mediante la metodología antes descrita reflejan por el momento los montos necesarios para el componente variable de los protocolos técnicos avalados por el CSG. Los costos se emplean en la determinación de suficiencia del FPGC en el corto y mediano plazo para cubrir alguna de las enfermedades. En caso de suficiencia e inclusión de alguna enfermedad en la cobertura del FPGC, entonces los costos sirven para la negociación de la compra de los servicios por parte de la CNPSS a las unidades hospitalarias.

Una parte fundamental del proceso de negociación es la definición de tarifas que el comprador está dispuesto a pagar por la atención médica que se requiere. Dichas tarifas provienen de un análisis de los costos obtenidos y de las condiciones del mercado, es decir, de las características de los prestadores de servicios disponibles en las diferentes regiones del país.

Para iniciar operaciones del FPGC, la CNPSS construye las tarifas considerando que los prestadores de servicios cumplen alguna de las siguientes características: a) son hospitales de alta especialidad pertenecientes a los SESA; b) reciben subsidios por parte de las entidades federativas (hospitales universitarios); c) reciben financiamiento del gobierno federal (Institutos Nacionales de Salud u hospitales federales de referencia). Los hospitales antes mencionados tienen la particularidad de contar con una fuente financiera de operación, es decir un presupuesto asignado, para cubrir costos fijos (personal e infraestructura), comprar medicamentos e insumos clasificados como de uso general en todos los servicios brindados y producir estudios también considerados de carácter general.

La particularidad anterior permite realizar una selección de los insumos y/o medicamentos específicos de la especialidad a la que pertenezca la enfermedad que se esté costeando para conformar la tarifa a pagar a los prestadores de servicios. En consecuencia las tarifas que la CNPSS determine podrán ser menores al costo variable estimado a través de la metodología presentada.

Conforme se incluyan como prestadores del SPSS a unidades de atención que no reciben financiamiento presupuestal para el componente fijo o los medicamentos y/o insumos generales, se deberán incluir en la tarifa dichos costos así como los gastos administrativos por facturación. Este hecho resultará en una diferenciación de tarifas dependiendo de las características de la unidad.

En el contexto de una heterogeneidad en las características de los proveedores, se tendrá que las tarifas podrán resultar mayores o menores al costo esperado calculado mediante la metodología antes presentada. En consecuencia, los costos esperados resultantes se deben considerar como una referencia inicial para la negociación. Sin embargo, como medida de control de gestión y de seguimiento financiero, se deberán fijar límites o topes máximos y mínimos en las tarifas a negociar.

La fijación de dichos límites deberá sustentarse en una metodología adecuada para captar diferencias en el tipo de pacientes que pueden tratarse en una unidad de atención. Entre las metodologías más robustas se encuentra el factor de ajuste o peso relativo proveniente de los grupos relacionados con el diagnóstico para incluir

continúa/

/continuación

el efecto de la mezcla de casos (*case mix*). Esta línea metodológica será explorada en su momento y, si resulta conveniente, implantada de acuerdo a criterios específicos para el sistema nacional de salud mexicano.

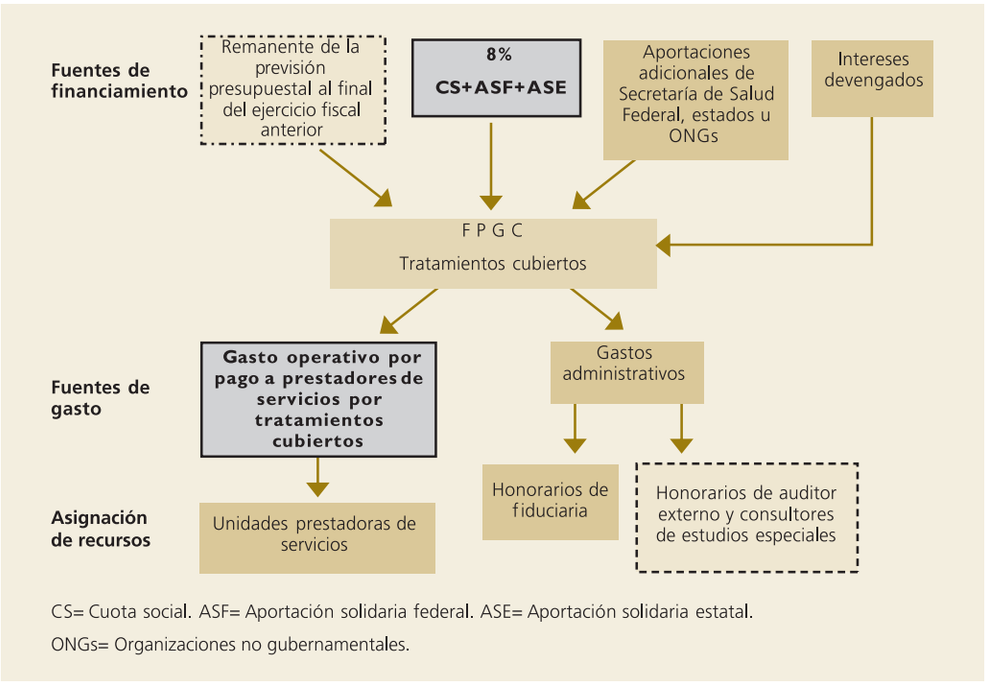
Nota:
SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional; SECMAR: Secretaría de Marina; ANM: Academia Nacional de Medicina; AMC: Academia Mexicana de Cirugía; UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México; IPN: Instituto Politécnico Nacional. Las demás siglas pueden consultarse en la sección de acrónimos.

ii) las aportaciones adicionales provenientes de donaciones o aprovechamientos fiscales que tengan relación con alguna de las enfermedades cubiertas por el FPGC (figura 4.3).

El principal destino de gasto para el FPGC es el financiamiento a través del pago o presupuestación por resultados de los tratamientos cubiertos. Bajo este esquema de financiamiento, la asignación de recursos se realizará directamente a los prestadores de servicios que hayan cumplido los requisitos de acreditación y certificación además de que hayan firmado un convenio de prestación de servicios. El segundo destino del gasto está integrado por el costo administrativo involucrado en el manejo financiero de los recursos así como en la entrega de recursos a los prestadores de servicios.

La administración del FPGC está a cargo de la CNPSS. El instrumento financiero que permitirá la administración de los recursos en el FPGC será un fideicomiso público.

Figura 4.3
Fuentes de ingreso y gasto del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos



CS= Cuota social. ASF= Aportación solidaria federal. ASE= Aportación solidaria estatal.
ONGs= Organizaciones no gubernamentales.

Recuadro 4.5 Priorización de intervenciones de alta especialidad

Con la finalidad de apoyar el proceso de priorización de las intervenciones de alta especialidad que gradualmente serán financiadas por el FPGC, se ha desarrollado una colaboración entre el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública y la Universidad de Harvard. Esta colaboración tiene dos objetivos:

- Desarrollar un manual para el proceso de priorización de intervenciones de alto costo;
- realizar análisis de costo-efectividad para los tratamientos de las enfermedades identificadas por el CSG como candidatas a cobertura financiera, desarrollando herramientas que permitan actualizar o completar los análisis conforme se disponga de datos más detallados y recientes.

A la fecha el manual se encuentra en su primera versión para consulta pública. Se espera que tras analizar los comentarios que se reciban de la consulta se obtenga una versión consensuada a nivel social. Dicha versión será propuesta para su institucionalización y operación. En el manual se especifica la metodología que se empleará para ordenar la lista de enfermedades candidatas a cobertura por parte del FPGC. La metodología integra criterios médico-clínicos, económicos y bioéticos, así como la opinión de la sociedad civil a través de grupos de interés para la determinación del orden de las enfermedades.

En cuanto al análisis de costo-efectividad se han desarrollado trabajos para grupos de enfermedades relevantes en el perfil epidemiológico de México. Entre los grupos analizados se encuentran los cánceres infantiles, la insuficiencia renal crónica, las enfermedades cardiovasculares, la depresión, los cánceres de mujeres y las enfermedades prevenibles mediante el uso de vacunas de última generación.

La colaboración terminará en el año 2006 al concluirse la elaboración tanto del manual como de un reporte global sobre el tema del análisis de costo-efectividad. Se espera que el manual sea la base para la institucionalización del proceso de priorización de las enfermedades a ser cubiertas por el FPGC en el futuro. Además se tiene la intención de que al ser transferidas las herramientas que se están desarrollando para el análisis de costo-efectividad al personal del Seguro Popular y a los investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública, éstos se encarguen en un futuro de actualizar o completar los análisis de costo-efectividad que se requieran.

Los resultados que se obtengan de esta colaboración serán considerados como elementos clave para determinar la inclusión de tratamientos a ser financiados por el FPGC, siempre que se cuente con la infraestructura material y humana, así como con los recursos financieros necesarios para la cobertura de toda la población objetivo.

4.5.2. Proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes con enfermedades cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Para que un afiliado al SPSS obtenga financiamiento de algún tratamiento cubierto por el FPGC debe seguir un procedimiento de referencia y contrarreferencia denominado “declaratoria de caso”. La declaratoria de caso es el mecanismo que vincula a la red estatal de prestadores de servicios con los prestadores de servicios de gastos catastróficos. En la declaratoria, el médico tratante de la red estatal de prestadores refiere al paciente después de cumplir con una serie de lineamientos que permiten determinar la gravedad del caso y la imposibilidad de atención en la unidad en donde se detectó el mismo.

La declaratoria de caso también incluye una verificación administrativa respecto a si el tratamiento requerido se encuentra cubierto por el FPGC y si la afiliación del paciente se encuentra vigente. Una vez que la declaratoria de caso esté completa se emite una referencia para que el paciente se presente ante el establecimiento médico acreditado para la prestación de servicios cubiertos por el FPGC. El prestador de servicios de gastos catastróficos deberá registrar el número de la referencia del paciente, el número de sesiones y el tratamiento proporcionado para que, al corte trimestral, se genere un listado de servicios facturables al FPGC. El paciente referido estará exento de pago alguno por las intervenciones y medicamentos cubiertos por el FPGC durante el tratamiento, excepto por aquellas cuotas reguladoras que pudiesen existir.[23]

Si por alguna circunstancia justificable determinada en los lineamientos respectivos no se le puede extender

[23] El tema de las cuotas reguladoras se aborda en la sección 3.8.

Recuadro 4.6 Casos cubiertos por el FPGC

Entre el 3 de octubre de 2005 y el 18 de mayo de 2006 se han registrado 5,309 casos de solicitud de recursos ante el FPGC. De este universo, 75% de los casos fue validado/auditado por parte de la CNPSS, mientras que el 25% restante obtuvo una validación negativa.

Dicha validación consiste en verificar la consistencia de la información registrada en la solicitud con la que aparece en el expediente médico. Los casos con inconsistencias serán motivo de observación técnica y los recursos económicos que se hayan transferido serán requeridos por la CNPSS.

La distribución de estos casos por padecimiento cubierto fue la siguiente: 16% leucemia linfoblástica aguda, 47% relacionados con cáncer cérvico-uterino y 37% relacionados con cuidados intensivos neonatales. En el caso de la cobertura de antirretrovirales, ésta se brinda a todos los pacientes que así lo requieran. Los recursos para los antirretrovirales son proporcionados por el Programa Nacional de Antirretrovirales que cuenta con un presupuesto propio, el cual se deposita en el fideicomiso del SPSS y su flujo es administrado en conjunto entre la CNPSS y el Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.

una declaratoria de caso al paciente, éste tendrá derecho a ser tratado pero el financiamiento del tratamiento correrá a cargo del paciente, quien pagará la cuota de recuperación correspondiente al nivel socioeconómico determinado al momento de su afiliación al SPSS.

Cabe señalar que si bien el FPGC ha iniciado operaciones con un catálogo de intervenciones modesto, éste cubre dos de las enfermedades consideradas como prioridades nacionales en salud: cáncer cérvico-uterino y VIH/SIDA. Brindará protección financiera para tres de las condiciones médicas de mayor frecuencia y severidad en nuestro país: recién nacido prematuro, sepsis neonatal e insuficiencia respiratoria del prematuro (síndrome de la membrana hialina), las cuales se espera que reduzcan su frecuencia gracias a las acciones preventivas incluidas en el CAUSES 2006. Finalmente cubrirá tanto los cánceres infantiles como trastornos del cristalino para la corrección de cataratas. Ambos grupos de enfermedades son considerados de alta aceptabilidad social y cubren a dos de los grupos más vulnerables de la sociedad (niños y adultos mayores).

4.6 PLATAFORMA TECNOLÓGICA INTEGRAL

La plataforma tecnológica integral (PTI) es el instrumento tecnológico que brindará soporte a los procesos operativos del SPSS. En particular, la PTI apoyará a los procesos de control, evaluación y transparencia definidos en los artículos 77 Bis 5, 77 Bis 31 de la LGS; en los artículos 71 al 75 y 138 al 140 del Reglamento; y en el artículo 7 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. El factor tiempo es decisivo para poder cumplir con toda la legislación y reglamentación aplicable, ya que se requiere una respuesta oportuna en tiempo y forma para la operación y la rendición de cuentas del SPSS.

El diseño de la PTI tiene como principales premisas las siguientes:

- Brindar información en tiempo real;
- permitir la creación de un padrón a nivel nacional;
- permitir la conectividad nacional;
- brindar una plataforma fácil de operar;
- permitir el manejo de altos volúmenes de datos;
- permitir el registro y control de las transacciones por afiliado;
- permitir el control y monitoreo de la gestión del SPSS;
- permitir la separación entre la información de la actividad médica y la información del financiamiento del SPSS;
- permitir la interrelación con otros sistemas o desarrollos futuros de la Secretaría de Salud a través de interfaces; y
- brindar las mejores prácticas y tendencias en materia tecnológica, inversión, seguridad, confiabilidad, confidencialidad, disponibilidad y alto desempeño.

Las premisas de la PTI permitirán generar un esquema tecnológico centralizado y de cobertura nacional para brindar servicio a todos los puntos de atención del SPSS. Además ayudará a facilitar el control y contención de los costos de atención médica, a fin de optimizar los recursos financieros y minimizar la ineficiencia y el dispendio. La PTI permitirá también que los datos siempre estén disponibles en cualquier región donde el asegurado solicite un servicio, lo que agilizará y optimizará la producción y prestación de servicios a todos los niveles de atención. La PTI ayudará a interrelacionar toda la información operativa, administrativa, médica, financiera y transaccional para cumplir con el control, eva-

luación y transparencia necesarios en la operación del SPSS. Finalmente, la PTI coadyuvará en el proceso de aseguramiento de la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios cubiertos por el SPSS así como en el análisis de la aceptabilidad del SPSS entre la población afiliada.

4.6.1 Tarjeta inteligente y expediente clínico electrónico

En el mes de agosto de 2004, la CNPSS inició las pruebas piloto del programa de credencialización de los afiliados al SPSS con la Tarjeta Inteligente Tu Salud (TUS). Se busca que esta tarjeta reduzca los gastos por concepto de credencialización, que hoy en día, los estados erogan para entregarle una identificación a los asegurados.

Los beneficiarios del SPS podrán tener acceso a sistemas digitales de control, a través de la tarjeta inteligente que contiene una memoria de lectura y grabación (chip), de contacto y de radiofrecuencia, lo que permite al usuario tener una llave para acceder sin problema alguno a los sistemas electrónicos de control gerencial y clínico-médico.

La aplicación de la TUS permitirá establecer controles para el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio mediante las siguientes acciones:

- Atención por día del número idóneo de beneficiarios a través de un control de citas, lo que evitará largos tiempos de espera;
- reducción en los tiempos para el llenado de formatos que hoy en día los médicos han de destinar para llevar a cabo los controles de atención, lo que brindará más tiempo destinado directamente a la atención del paciente;
- instrumentación de controles para el surtido de medicamentos, abasto del mismo y reducción de costos por mermas en medicamentos;
- establecimiento de estadísticas en tiempo real;
- implantación de controles para determinar la migración de los beneficiarios dentro del país;
- implantación de controles precisos sobre la vigencia de derechos del SPS;
- disponibilidad de estadísticas en los rubros que se requieran por las diferentes áreas de la CNPSS, direcciones estatales y las entidades federativas.

Para llevar a cabo las acciones anteriores, será necesario establecer controles de seguridad precisos que permitan la certeza de la información mediante controles biométricos.

La TUS cumple con todas las normas gráficas establecidas por el Registro Nacional de Población para que una credencial sea considerada como identificación federal (figura 4.4).

Los datos que contiene la tarjeta se muestran en la figura 4.5.

Adicionalmente a la TUS es necesario contar con una tarjeta del médico tratante, la cual se utiliza como medio de identificación, así como una validación del acceso al sistema de gestión médica y un medio de autorización para recetar medicamentos controlados. También es necesario que la computadora del médico esté conectada con un lector de tarjeta y scanner de huellas para realizar la validación y autentificación del médico y del paciente afiliado. La computadora del médico deberá contener programas de generación de consultas, expe-

Figura 4.4
Tarjeta inteligente Tu Salud y sus elementos de seguridad

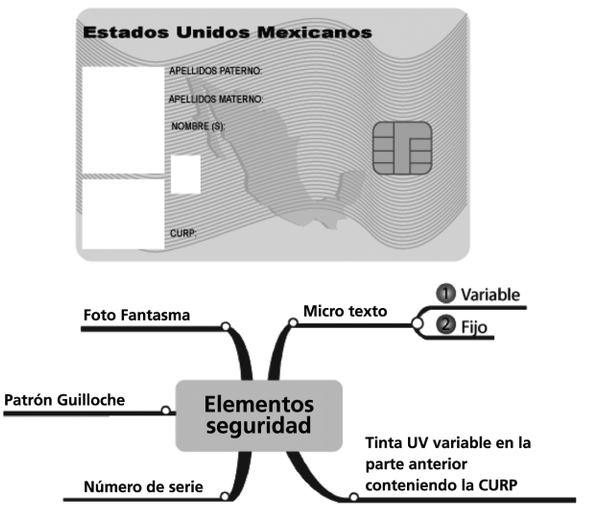
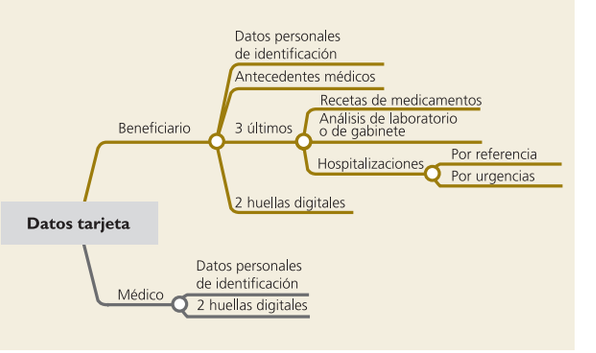


Figura 4.5
Datos contenidos en la tarjeta inteligente Tu Salud



dición de recetas, además de llevar el expediente médico del paciente, así como todos los catálogos actualizados necesarios para el funcionamiento del sistema de gestión médica.

En cuanto al expediente clínico electrónico, éste deberá de cumplir con las especificaciones que establece la Secretaría de Salud, y contener la información básica que se muestra en la figura 4.6.

Esta información deberá estar sustentada en catálogos y estándares de la CIE-10 y la CIE-9-MC.

4.7 FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA

La implantación gradual del SPSS generará un aumento en la demanda de los servicios. Para responder a dicho aumento la LGS contempla tres mecanismos relacionados con el fortalecimiento de la oferta: el Plan Maestro de Infraestructura (PMI), la acreditación y certificación de unidades médicas, y el establecimiento de redes de prestadores de servicios del SPSS.

4.7.1 Plan Maestro de Infraestructura

El Plan Maestro de Infraestructura (PMI) es el instrumento rector para la planeación y el desarrollo de la infraestructura física y responde a las necesidades de racionalizar y optimizar la inversión financiera en este rubro para cubrir el incremento en la demanda de servicios de los afiliados al SPSS en el mediano plazo. El PMI contempla un horizonte de planeación a diez años y se sustenta en un proceso de priorización de necesidades de infraestructura física, el cual es acordado con las entidades federativas tomando en cuenta el perfil demográfico y epidemiológico de la población, así como la capacidad instalada existente.

Los SESA se sujetan al PMI en los términos de los artículos 77 Bis 10 y 77 Bis 30 de la LGS, con el fin de racionalizar la inversión pública en infraestructura. El PMI constituye el marco de referencia para la elaboración de los planes estatales de infraestructura en salud, incorporando las acciones de infraestructura que cuenten con el Certificado de Necesidad (CDN) expedido por la Secretaría, mismo que de acuerdo con el artículo 37 del Reglamento, considera los siguientes parámetros:

1. Proyecciones demográficas y epidemiológicas de la población;
2. comparación del cociente costo-efectividad de los proyectos alternativos existentes;
3. relación de la oferta existente;
4. necesidades especiales de las familias beneficiarias;
5. comparación de las tendencias de utilización u ocupación de los otros prestadores de servicios del área;
6. disponibilidad de recursos financieros;
7. el flujo de liquidez proyectado que debe asegurar la viabilidad financiera;
8. aspectos ambientales y culturales relacionados con el proceso de atención;
9. características arquitectónicas y de operatividad relacionadas con las costumbres, el clima y las condiciones geográficas.

Se otorga prioridad a las obras en aquellas áreas en donde exista un nivel importante de necesidades de salud no satisfechas. Para determinar el nivel de necesidades se emplean indicadores que captan los parámetros antes descritos.

El PMI es dinámico y se actualiza continuamente conforme las entidades federativas reportan los avances o conclusión de las obras y, en su caso, por la emisión de CDN, según procedimientos estandarizados,

Figura 4.6
Especificaciones para el expediente clínico electrónico

además de acordar criterios de inclusión en reuniones anuales nacionales en conjunto con las entidades federativas. En la construcción y actualización del PMI, se ha trabajado estrechamente con las entidades federativas para la identificación de necesidades de fortalecimiento, ampliación, equipamiento, sustitución o construcción de obra de acuerdo a perfiles demográficos y epidemiológicos y con base en análisis rigurosos de la capacidad instalada y con base en criterios técnicos y la mejor información disponible.

Tanto el proceso de actualización del PMI, como el de emisión de certificados de necesidad, son procesos estandarizados y certificados bajo la Norma ISO 9001:2000. La emisión del CDN tiene como objetivo:

- Evitar la sobre construcción y sobre instalación,
- proteger contra la sobre utilización y sobre oferta,
- proteger el presupuesto para la salud y los fondos públicos,
- planear el crecimiento de la capacidad en forma racional,
- asegurar la satisfacción de las necesidades de la población,
- garantizar la participación de autoridades en las decisiones que impacten en la salud de su población,
- propiciar la transparencia en la toma de decisiones sobre infraestructura en salud,
- apoyar a las autoridades estatales a fortalecer la rectoría del sector.

En el caso del equipamiento y en particular, de equipo o tecnologías avanzadas y de alto costo, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) es quien emite el certificado de necesidad de equipamiento necesario para validar la adquisición de equipo médico. Cabe destacar que como parte del apoyo del CENETEC se ha creado un Banco de Información de Tecnologías en Salud así como guías tecnológicas de equipamiento para apoyar las decisiones de inversión en este rubro. Asimismo CENETEC, coordina las propuestas de inversión en sistemas de telemedicina que buscan acercar servicios de salud de calidad a la población a través de actividades de telediagnóstico, teleconsulta, teleadministración y teleeducación.

Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud en Municipios con menor Índice de Desarrollo Humano

Además de regir la construcción de infraestructura a nivel nacional, el uso del PMI, ha permitido dar prioridad al desarrollo de redes de servicios de salud en los municipios con menor índice de desarrollo humano. La priorización de inversión con estos criterios beneficiará a las redes de servicios de 58 municipios en nueve entidades federativas, cubriendo más de 3 mil localidades y aproximadamente 600 mil habitantes. En 2006 se podrían destinar hasta 600 millones de pesos para financiar el fortalecimiento en estos municipios. La principal fuente de financiamiento a considerar es el 2% del Fondo de Previsión Presupuestal que corresponde al desarrollo de la infraestructura en los estados de mayor marginación social (ver AL 16). Sin embargo, se ha contemplado que la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas pudiera aportar recursos complementarios para financiar las necesidades identificadas a la fecha.

Con estos recursos se realizarán 46 obras nuevas y más de 100 fortalecimientos, de centros de salud, hospitales y unidades de apoyo; también se dotará de equipo a 187 unidades (cuadro 4.4). Vale la pena resaltar la adquisición de equipo estratégico para el buen funcionamiento de las unidades y su integración en redes de servicios mediante el uso de ambulancias de traslado y de terapia intensiva, vehículos, maletines médicos, telefonía satelital, equipo de telemedicina, de radio comunicación y plantas de emergencia.

Fortalecimiento de los servicios de alta especialidad

En una primera etapa, y con el objetivo de acercar los servicios de alta especialidad a la población, la integración de las redes de infraestructura del PMI inició con la identificación de los hospitales que pudiesen brindar servicios de alta especialidad a nivel regional. Para ello se aplicaron los parámetros antes descritos y se especificó la conveniencia de que los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HAREs) se ubiquen en ciudades que cuenten con adecuada infraestructura y sean atractivas como lugar de trabajo para el personal de salud. Se identificaron 18 redes y por ende, igual número de hospitales que fungirán como la base de las mismas. Cabe señalar que en 2006 se han puesto en operación HRAEs en las ciudades de Oaxaca, Tuxtla Gutiérrez y Tapachula y están por inaugurarse los HRAEs de la Península de Yucatán en Mérida, y del Bajío, en León, Guanajuato. En el periodo comprendido por el PMI se contempla la conclusión de un sistema nacional de alta especialidad.

Una vez identificadas las ciudades en donde se localizarán los HRAEs, se procedió a definir los hospitales generales y de la comunidad así como las unidades de especialidades médicas (UNEMES) que delimitarán a las redes. El criterio principal para la inclusión de estos

Cuadro 4.4

Acciones del plan de fortalecimiento de redes de servicios de salud en los municipios de MIDH 2006

Entidad federativa	Obra			Equipo	Total
	Nueva	Sustitución	Fortalecimiento		
Chiapas	18	0	0	26	44
Chihuahua	4	0	15	9	28
Durango	0	3	5	7	15
Guerrero	0	1	45	58	104
Jalisco	2	0	20	4	26
Nayarit	1	2	4	17	24
Oaxaca	8	0	1	29	38
Puebla	5	0	0	9	14
Veracruz	2	0	13	28	43
Número Acciones	**40**	**6**	**103**	**187**	**336**

Fuente: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES).
MIDH: Menor índice de desarrollo humano.

hospitales y UNEMES fue la autosuficiencia de atención hospitalaria de la red. En la definición también se especificó la situación de los hospitales y UNEMES respecto a la necesidad de fortalecimiento, ampliación, equipamiento, substitución o construcción de obra.

Un aspecto que es importante señalar, es que los límites de las redes regionales establecidas en el PMI corresponden a límites municipales, trascendiendo las fronteras geopolíticas tradicionalmente definidas por los límites estatales, privilegiándose el flujo poblacional inter e intra estatal antes que los límites políticos estatales. El cuadro 4.5 contiene las redes de prestación médica del PMI que fueron consensuadas con las entidades federativas. En el cuadro se observa que un estado recibe servicios de dos o más redes, como Veracruz. En el cuadro 4.6 se presentan los resultados consensuados de infraestructura identificados en la primera etapa del PMI.

En los procesos de actualización del PMI, las entidades federativas identifican sus necesidades de infraestructura, tanto de obra nueva como de ampliaciones y remodelaciones, de hospitales, UNEMES y centros de salud para lograr la atención integral a la población. En la actualización del 2006 se han incorporado los laboratorios estatales de salud pública, las unidades de apoyo comunitario y los servicios de sangre a las redes, y están por incorporarse, los centros de salud mental familiar, hospitales de salud mental, unidades de telemedicina y unidades de salud pública.

Como instrumento rector de planeación de infraestructura, el PMI contiene las acciones de infraestructura necesarias para la correcta operación del SPSS bajo un visión de largo plazo. En la actualidad, el SPS opera con la infraestructura existente y acreditada para ofrecer los servicios de salud a la población afiliada al sistema.

Conforme la cobertura poblacional del SPSS se incremente y se consolide su operación en las entidades, se espera que las redes de prestadores de servicios del SPSS se integren y formen parte de las redes de prestación médica del PMI bajo una perspectiva nacional.

Con objeto de llevar a la práctica el PMI y de coordinar las acciones en el ámbito operativo entre las diferentes áreas normativas a nivel federal y las entidades federativas, la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, ha desarrollado una estrategia de fortalecimiento de la oferta de servicios de salud (FOROSS). Esta estrategia es un vehículo para instrumentar los mecanismos definidos en la Ley y para apoyar los cambios organizacionales necesarios en el ámbito de la prestación de los servicios (recuadro 4.7).

4.7.2 Acreditación y certificación de unidades de atención médica del Sistema de Protección Social en Salud

Los otros dos mecanismos diseñados en la LGS para fortalecer la oferta de servicios del SPSS son la acreditación y la certificación de unidades de atención médica. Ambos mecanismos tienen el objetivo de evaluar la capacidad de las unidades para prestar servicios médicos. La diferencia conceptual entre ambos mecanismos es que la acreditación evalúa la capacidad para brindar los servicios cubiertos por el SPSS mientras que la certificación evalúa la capacidad para brindar

Cuadro 4.5
Redes de prestación médica del Plan Maestro de Infraestructura

Red	Estado	Red	Estado
NE3	Coahuila Nuevo León Tamaulipas Zacatecas	S1	Campeche Quintana Roo Yucatán
NE4	Chihuahua	S2	Campeche Chiapas Tabasco Veracruz
NE5	Coahuila Durango Zacatecas	S3	Chiapas
NE1	Hidalgo Tamaulipas Veracruz	S4	Chiapas Oaxaca Puebla Veracruz
NE2	San Luis Potosí	S6	Guerrero Oaxaca
CO2	Colima Jalisco Michoacán Nayarit Zacatecas	S7	Guerrero Hidalgo Estado de México Oaxaca Puebla Tlaxcala
C2	Hidalgo Estado de México Michoacán Querétaro	S5	Oaxaca
C3	Distrito Federal Estado de México Michoacán Morelos	C1	Hidalgo Estado de México
CO1	Aguascalientes Guanajuato Jalisco Michoacán Zacatecas	NO1	Baja California Baja California Sur Durango Sinaloa Sonora

Fuente: Plan Maestro de Infraestructura, Noviembre 2003.
NE: Noreste; NO: Noroeste; C: Centro; CO: Centro-occidente; S: Sur

todos los servicios que la unidad ofrece, independientemente de que los servicios estén o no cubiertos por el SPSS. Las principales diferencias operativas entre ambos mecanismos estriban en la cantidad de criterios a evaluar, en la forma en que se genera el dictamen de la evaluación y en los tiempos de vigencia del dictamen.

El artículo 77 Bis 9 de la LGS especifica que todas las unidades de atención médica, es decir, los centros de salud, los hospitales generales y de la comunidad, las UNEMES, los CAAPS, y los hospitales de alta especialidad que provean los servicios cubiertos por el SPSS, entre otros, deben aprobar el procedimiento de acreditación como requisito indispensable para ser consideradas parte de la red de prestadores de servicios.

La acreditación es un procedimiento para verificar las condiciones requeridas para la prestación de los servicios cubiertos por el SPSS. La Secretaría, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, es la encargada de establecer los criterios para la acreditación de unidades. Dichos criterios se emiten en el Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad en Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Salud. La acreditación se realiza en forma previa a la incorporación de la unidad a la red de prestadores del SPSS. Las características mínimas que deben cumplir las unidades durante la acreditación se presentan en el cuadro 4.7.

El dictamen que se obtiene como resultado del proceso de acreditación refleja el puntaje global obtenido para un conjunto de criterios relacionados con la infraestructura, los procesos y los resultados requeridos para la prestación de los servicios cubiertos por el SPSS. El dictamen puede ser favorable, condicionado o no favorable. En cualquiera de los casos, la unidad de atención médica recibirá un reporte que especifica la evaluación de cada uno de los criterios considerados para referencia futura y detección de áreas potenciales de mejora. Si el dictamen es no favorable o condicionado, los servicios de salud de la entidad federativa en donde se encuentre la unidad se comprometen a brindar apoyo financiero proveniente del SPSS para que ésta pueda cumplir con los criterios de la acreditación. Si el dictamen es favorable, la unidad recibe un documento de acreditación y es incorporada a la red de prestadores. Una vez que la unidad de atención es incorporada a la red de prestadores del SPSS será sujeta a la revisión anual del cumplimiento de los criterios de acreditación por parte de la CNPSS. La acreditación tendrá una vigencia de dos años, en los cuales la unidad de atención médica se compromete a obtener la certificación. El cuadro 4.8 muestra las unidades acreditadas al mes de junio de 2006. Del total de unidades evaluadas a la fecha con respecto a la prestación de servicios esenciales, 73% fueron acreditadas, 25% fueron acreditadas condicionadas y 5% no fueron acreditadas. Con respecto a las intervenciones cubiertas por el FPGC, los porcentajes de acreditación, acreditación condiciona-

Cuadro 4.6

Infraestructura identificada en la primera etapa del Plan Maestro de Infraestructura

Entidad federativa	Hospital de alta especialidad*	Hospitales generales y de la comunidad	UNEMES	Fortalecimiento y ampliación
Aguascalientes		1	1	4
Baja California		3	3	2
Baja California Sur		4	2	
Campeche		2	3	3
Coahuila	1	3	8	6
Colima		1	1	3
Chiapas	1	6	10	2
Chihuahua	1	2	8	5
Distrito Federal		2		10
Durango		3	3	1
Guanajuato	1	2	4	3
Guerrero	1	2	3	1
Hidalgo		7	1	4
Jalisco		6	3	8
Estado de México	1	4	20	1
Michoacán		8	4	3
Morelos		5	2	2
Nayarit		1	1	3
Nuevo León		2	4	8
Oaxaca		5	8	1
Puebla				2
Querétaro	1			3
Quintana Roo		3	12	1
San Luis Potosí		4	2	4
Sinaloa	1	4	3	3
Sonora		2	7	3
Tabasco		7	8	2
Tamaulipas	1	3	11	4
Tlaxcala		2		7
Veracruz		10	25	2
Yucatán	1	2	8	2
Zacatecas		2	5	1
Nacional	**10**	**108**	**170**	**104**

Fuente: Plan Maestro de Infraestructura, noviembre 2003. La información contenida está en constante actualización. De hecho, una nueva versión se encuentra en proceso de elaboración.

*****Además de los 10 nuevos hospitales regionales de alta especialidad, se suman cinco hospitales generales que se están fortaleciendo para ofrecer servicios de alta especialidad adicionales a los que ya están operando en Guadalajara, Monterrey y el D.F.

da y no acreditación fueron 67%, 29% y 4%, respectivamente.

En la figura 4.7 se muestra la distribución de unidades dictaminadas por entidad federativa al mes de junio del 2006.

Por su parte, la certificación es un mecanismo enfocado a evaluar la infraestructura, los procesos y resultados de las unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de establecer un proceso de mejora continua que coadyuve a elevar la calidad de los servicios. La certificación es un proceso impulsado por el CSG y es de carácter voluntario, según el acuerdo que establece las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (anexo AL.9). Sin embargo, para efectos del SPSS, el Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad

Recuadro 4.7 Estrategia de fortalecimiento de la oferta en las entidades federativas

La estrategia de fortalecimiento de la oferta de servicios de salud (FOROSS) busca que la atención médica bajo el SPSS se otorgue con la calidad, seguridad, calidez y eficiencia requeridas por la población y por lo tanto, que logre satisfacer las expectativas de los beneficiarios.

Mediante esta estrategia se busca llevar a cabo los cambios organizacionales que aseguren una adecuada prestación de servicios y la suficiencia en el abasto de insumos y medicamentos. En esa medida se espera satisfacer las expectativas de la población beneficiaria y propiciar la afiliación y re-afiliación al SPS.

La estrategia FOROSS comprende una serie de acciones vinculadas con la planeación, el desarrollo y la organización de la prestación de los servicios. Los principios de la estrategia son los siguientes: enfoque en los beneficiarios (pacientes y familiares) y prestación de servicios bajo criterios de calidad, seguridad, oportunidad, suficiencia, accesibilidad y capacidad resolutiva.

Las acciones de la estrategia FOROSS se agrupan en torno a los siguientes temas: infraestructura física y equipamiento; abasto de medicamentos; recursos humanos y capacidades directivas; integración sustantiva, información y evaluación, y calidad.

Uno de los aspectos esenciales de la estrategia FOROSS es servir como canal para la coordinación y comunicación entre áreas normativas en el nivel federal y los SESA. En ese sentido, se busca que los cambios se den de manera coordinada y evitando duplicidades. Bajo esta línea se han organizado talleres con las entidades federativas para el diseño de sus programas estatales para el fortalecimiento de la oferta de los servicios esenciales del SPSS. Mediante estos talleres se ha buscado apoyar a las entidades federativas en el proceso de implantación del PMI y coadyuvar a la actualización periódica de éste.

Los objetivos de los talleres fueron los siguientes:

- Acordar con cada entidad federativa las metas e indicadores anuales para el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud cubiertos por el CAUSES y el FPGC;
- definir las estrategias pertinentes para la implantación de los programas estatales de fortalecimiento de la oferta;
- alinear los recursos federales y estatales provenientes de diversas fuentes de financiamiento con los requerimientos del programa estatal de fortalecimiento de la oferta;
- identificar los apoyos que brindará el gobierno federal para cumplir con los compromisos establecidos en los programas estatales;
- definir los mecanismos de coordinación con las distintas áreas del nivel federal, y
- diseñar conjuntamente el borrador del instrumento legal que compromete a los titulares de salud en las entidades federativas y el gobierno federal para la ejecución y financiamiento de las obras acordadas.

en Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Salud establece que tras su acreditación, todas las unidades de atención médica de la red de prestadores del SPSS, se comprometen a certificarse en un periodo no mayor a dos años.

El dictamen del proceso de certificación que la unidad puede recibir es el resultado de una evaluación en dos etapas. En la primera etapa se evalúa la infraestructura de la unidad. Si el dictamen no es favorable, el proceso de certificación se suspende hasta que la unidad cumpla con los criterios de infraestructura; en cambio si el dictamen es favorable entonces se procede con la segunda etapa en la cual se evalúan los procesos y resultados. Si el dictamen de la segunda etapa es favorable el proceso termina, pero si el dictamen es desfavorable la unidad tendrá que iniciar nuevamente todo el proceso. En cualquier caso, la unidad de atención médica recibirá un reporte que especifica los resultados de la evaluación para cada uno de los criterios considerados para referencia futura y detección de áreas potenciales de mejora. A diferencia de la acreditación, no existe obligación por parte de la entidad federativa en donde se encuentre la unidad para apoyarla financieramente en caso de que su dictamen sea desfavorable. Dado que la certificación se entiende como un proceso continuo, la certificación de la unidad tiene una vigencia de tres años. Al finalizar dicho periodo la unidad puede solicitar su re-certificación (cuadro 4.8).

Con la implantación gradual del SPSS se pretende que la acreditación y la certificación sean dos mecanismos

Cuadro 4.7

Características mínimas a cumplir para acreditación de unidades a ser incorporadas a la red de prestadores de servicios del Sistema de Protección Social en Salud

Unidad médica	Unidad funcional (composición)	Cobertura	Isócrona*	Beneficios del SPSS
Centro de salud (2 ó más unidades funcionales)	Un médico, un odontólogo y dos enfermeras.	500 familias por unidad funcional.	30 min.	Consulta externa de medicina preventiva y de medicina familiar.
Hospital ancla (Promedio de 60 camas censables)	Equipo de médicos y personal técnico de especialidades básicas asociado a una cama censable.	350 a 500 familias por cada unidad funcional.	120 min.	Consulta externa de las cuatro ramas básicas, atención médica de urgencias y servicios de hospitalización y quirófano.
Hospital de especialidad (Promedio de 150 camas censables)	Equipo de médicos subespecialistas y personal técnico asociado a una cama censable.	800 a 1,200 familias por unidad médica.	Variable	Consulta externa de especialidad. Servicios de hospitalización y quirófano que no pueden ser brindados en el hospital ancla.

* Bajo el concepto de flujo de atención entre las unidades médicas que conforman las redes de prestadores, se entiende por isócrona el tiempo máximo que invierte el paciente en llegar a la unidad médica.

Cuadro 4.8

Unidades acreditadas y certificadas, 2006

	Número de unidades acreditadas (dictamen favorable)	Número de unidades acreditadas pero condicionadas*	Número de unidades certificadas
CAUSES	1,418	511	-
Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	95	41	24
Total	1,513	552	24

Fuente: Información sobre acreditación al mes de junio del 2006, reportada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Información sobre certificación al mes de abril de 2006, reportada por el Consejo de Salubridad General.
* De acuerdo con los resultados del dictamen, su acreditación está condicionada al cumplimiento de alguno de los requisitos.

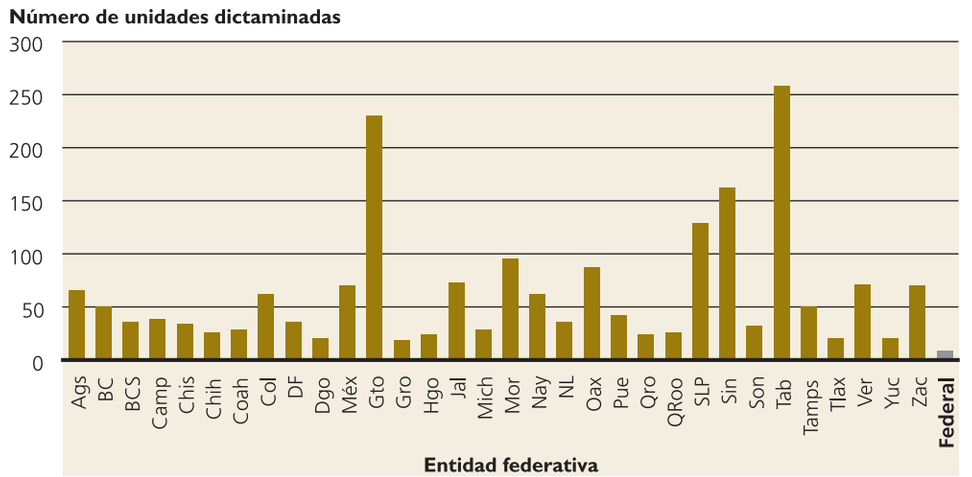
complementarios entre sí que impulsen una cultura de calidad en los procesos necesarios para la prestación de servicios médicos.

4.7.3 Redes de prestadores de servicios del Sistema de Protección Social en Salud y el proceso de referencia-contrarreferencia de pacientes

Todas las unidades de atención médica que cumplan con los requisitos de acreditación mencionados en la sección anterior podrán ser registradas en alguna de las redes de prestadores de servicios del SPSS. Existen dos tipos de redes de prestadores: la red estatal y la red de prestadores de servicios de gastos catastróficos.

Una red estatal se integra por un grupo de centros de salud y uno o varios hospitales comuitarios o generales (denominados hospitales ancla) acreditados y localizados en una misma entidad federativa. La red estatal brindará los servicios esenciales de salud y fungirá como el primer paso flujo de pacientes a través de las unidades de la red. Es decir, un afiliado que requiera hacer uso de los servicios cubiertos por el SPSS acudirá en primera instancia al centro de salud que se le asignó al momento de afiliarse. Si la atención que requiere el afiliado rebasa la capacidad resolutiva del centro de salud, el médico tratante referirá al afiliado al hospital ancla que le corresponda. Tras la atención en el hospital correspondiente, esta unidad contrarreferirá al paciente para su seguimiento en el centro de

Figura 4.7
Total de unidades dictaminadas para el proceso de acreditación por entidad federativa al mes de junio del 2006



Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Recuadro 4.8 Pasos básicos de los procesos de acreditación y certificación

La dinámica de evaluación tanto de la acreditación como de la certificación sigue, en términos generales, tres etapas:

1. Auto-evaluación de los criterios de estructura de la unidad de atención médica. Los resultados de esta etapa se sustentan en los elementos que debe tener un establecimiento de atención médica que ofrece servicios de diagnóstico, hospitalarios, quirúrgicos y de rehabilitación, y proporcionan una indicación del nivel de preparación que la unidad tiene para someterse a la siguiente etapa.
2. Evaluación de los criterios de procesos y resultados. Esta etapa la lleva a cabo un grupo de auditores en calidad capacitados ex-profeso para tal fin. Dichos auditores laboran en las áreas de calidad de las instituciones de salud y realizan su trabajo en forma cruzada, es decir, ningún auditor puede evaluar el establecimiento de atención médica al cual pertenece.
3. Elaboración y emisión del dictámen. Esta actividad la realiza la Comisión de Certificación o el Grupo de Acreditación a partir del análisis de los aspectos cualitativos y cuantitativos emitidos por el Órgano Coordinador del CSG para el caso de la certificación o de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría para el caso de la acreditación. Finalmente, el CSG es quien emite el documento de certificación y la Secretaría emite por su parte el documento de acreditación.

salud. Si la atención requerida por el afiliado es de emergencia y el afiliado se presenta directamente en el hospital ancla, esta unidad brindará la atención necesaria y referirá al paciente para su seguimiento en el centro de salud que corresponda.

Por su parte, la red de prestadores de servicios de gastos catastróficos está integrada por las unidades, ya sea hospitales o UNEMES que brindan servicios de alta especialidad cubiertos por el FPGC, los cuales se denominan como centros regionales de alta especialidad. Para ser parte de esta red, el hospital ó UNEME debe contar con la acreditación correspondiente y firmar un convenio de prestación de servicios con la CNPSS. La red de prestadores de servicios de gastos catastróficos tendrá una cobertura nacional y responderá a las necesidades de atención cubiertas por el FPGC.

El acceso a los servicios brindados por la red de prestadores de servicios de gastos catastróficos representa el segundo paso en el proceso de referencia-contrarreferencia. Es decir, para que un afiliado tenga cobertura financiera para la atención de alguna enfermedad identificada como gasto catastrófico, el afiliado debe ser referido por el hospital ancla que le corresponda, en el cual se genera una declaratoria de caso de gasto catastrófico descrita en la sección 4.5.2. La declaratoria de caso responde a la gravedad o complejidad de la enfermedad que el afiliado presenta y que rebasa la capacidad resolutiva del hospital ancla. La declaratoria es el vínculo de referencia hacia el centro regional de alta especialidad. Al finalizar la atención, el centro regional de alta especialidad contrarreferirá al afiliado ya sea al hospital ancla o al centro de salud, según sea el caso, para su seguimiento. La interrelación de atención entre las redes de prestadores se presenta en la figura 4.8.

Las redes estatales y la red de prestadores de servicios de gastos catastróficos se presentan en el anexo AT.5.

4.8 GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La reforma a la LGS introdujo elementos que han permitido desarrollar un nuevo modelo de gestión de servicios de salud en las entidades federativas.[24] Lo anterior, con objeto de promover la separación entre las funciones de financiamiento y pago o presupuestación de servicios, de la prestación de éstos en las entidades federativas, así como contribuir a optimizar la capacidad resolutiva de los prestadores de servicios.

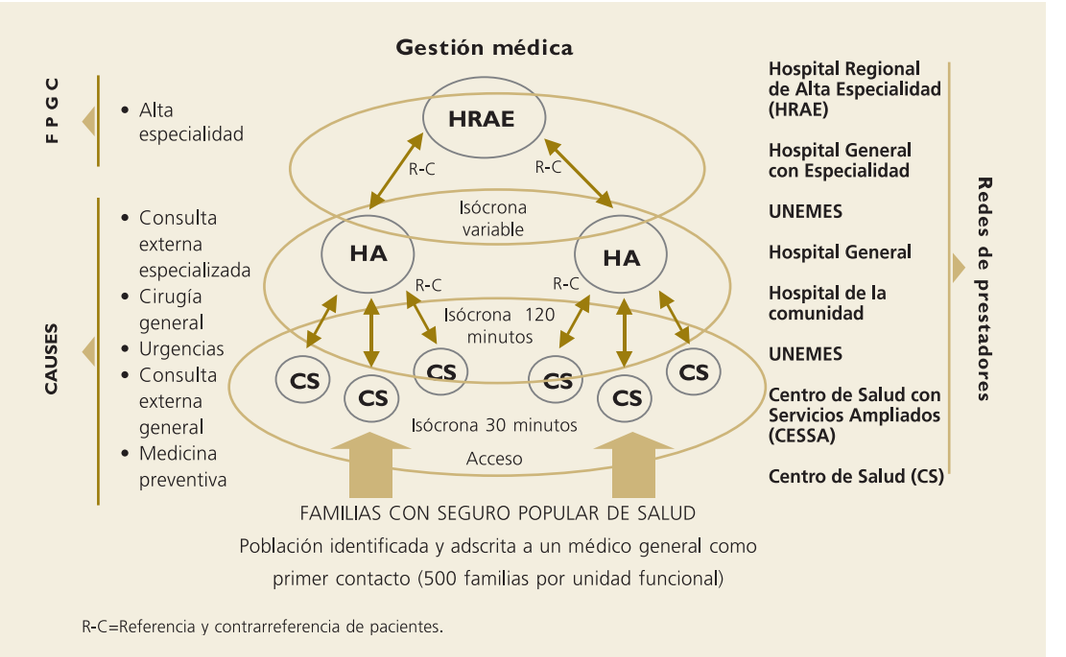
Este modelo permitirá guiar la forma en que se prestan los servicios en cada entidad, mejorar la calidad y oportunidad de la atención médica, mejorar la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios médicos del SPSS y garantizar que estos últimos cumplan con los compromisos del SPSS. En la construcción de dicho modelo se han de retomar los principios del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) establecido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Con independencia de las adecuaciones que cada entidad realice para ajustar el modelo de gestión de servicios a las necesidades, estructura y condiciones locales, el modelo a desarrollar en cada REPSS deberá tomar en cuenta los siguientes elementos:

[24] Ver fracciones XII y XVI del apartado A y fracción VII del Apartado B contenidas en el artículo 77 Bis 5 de la Ley, así como los artículos 15, 16 y 23 del Reglamento.

Figura 4.8

Estructura y flujo de atención entre las redes de prestadores de servicios del Sistema de Protección Social en Salud



- Criterios de afiliación;
- servicios esenciales de salud;
- redes de prestadores de servicios de salud;
- papel de la gestión médica, que comprende el enlace permanente entre el afiliado y los prestadores, a fin de proporcionar la asesoría médico-administrativa y fungir como la instancia encargada de dar curso a las quejas de los pacientes); y
- esquemas de contratación y pago de servicios.

Como parte del modelo de gestión se identifican tres esquemas posibles para el pago o presupuestación por resultados de los servicios (figura 4.9):

i) Acuerdos de gestión, los cuales comprometen a los prestadores a cumplir con determinadas metas a cambio de una contraprestación y buscan en lo particular promover una presupuestación con base en resultados al interior de los Servicios estatales de salud;
ii) contratos con otros prestadores del Sistema Nacional de Salud o proveedores de insumos para la salud ya sean del sector público o privado, y
iii) acuerdos de compensación que se dan entre órdenes de gobierno, entre entidades federativas o entre instituciones públicas.

Por otra parte, de acuerdo con el tipo de servicio sujeto a cualquiera de estos esquemas de financiamiento de servicios, es necesario definir la forma de pago más adecuada. El modelo propone considerar las siguientes opciones:

- Pago por servicio médico ambulatorio (consulta externa);
- pago por producto hospitalario el cual puede definirse a su vez como:
  - pago por egreso hospitalario ajustado por casuística (por ejemplo grupos relacionados de diagnóstico, GRD);
  - pago por paciente/día estancia;
  - pago por intervención,
- pago per cápita (capitación);
- pago basado en el desempeño considerando una cápita que se ajusta de acuerdo con el cumplimiento de algunas metas de calidad previamente pactadas.

Cualquiera que sea la forma de contratación, el ámbito en el que ésta se dé, así como el tipo de servicio a considerar, es necesario que el modelo de gestión incorpore aquellos elementos vinculados con el objetivo de promover una mayor calidad de los servicios de salud en el SPSS. Estos incluyen la acreditación de establecimientos de salud; acreditación de profesionales y técnicos de salud; capacitación continua; y mecanismos de orientación y quejas.[25]

Por otra parte, los elementos básicos del modelo de gestión deberán incorporarse como parte de los anexos del acuerdo de coordinación suscrito entre la Federación y la entidad federativa. Como parte del proceso de desarrollo del modelo de gestión de servicios en cada entidad federativa, el trabajo con las entidades se ha desarrollado en términos generales a partir de las siguientes fases:

Fase 1. Diagnóstico

Se efectúa un diagnóstico de salud de la población no asegurada y de la oferta-demanda de servicios y se conocen las expectativas del personal directivo y operativo. Para ello, se recopila y analiza información sobre la configuración de los servicios en la entidad. Esto incluye el análisis de los modelos de prestación de servicios utilizados previamente, así como la determinación de las áreas factibles para instrumentar el SPS en el corto, mediano y largo plazo (relación entre el CAUSES y la capacidad resolutiva).

Fase 2. Planeación

Se organizan e integran las redes de prestadores de servicios de acuerdo con la capacidad de la infraestructura y las intervenciones del CAUSES. Esto implica integrar las redes de prestadores de servicios de acuerdo con las metas de afiliación, así como seleccionar las unidades médicas y del personal de acuerdo con el cumplimiento del requisito de acreditación. Asimismo, esta fase implica elaborar propuestas de acuerdos, convenios o contratos con prestadores y proveedores de insumos; definir compromisos e indicadores de desempeño para la gestión de los servicios médicos y elaborar un directorio de la red de prestadores de servicios del SPSS.

Fase 3. Ejecución

Se ponen en marcha la prestación de servicios de salud e inicia el registro y monitoreo de las acciones. En esta fase, se instrumentan las estrategias y los mecanismos de financiamiento sustentados en la presupuestación por resultados para apoyar la prestación de los servicios.

[25] La acreditación de profesionales no pretende suplir la certificación de profesionales de la medicina, sino llevar a cabo una selección y verificación del personal participante en el SPSS. En cuanto a la capacitación continua, ésta debiera abarcar a tres áreas: i) conocimiento médico y desempeño, ii) organización y relación laboral, y iii) regulación de la profesión médica.

Recuadro 4.9 Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS)

El PRONASA 2001-2006 plantea como una de sus estrategias la creación de un modelo de atención en el cual se establezcan las condiciones necesarias para que todas las unidades, instituciones y sectores del sistema de salud trabajen de manera coordinada.

En este contexto se ha creado el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) el cual pretende desarrollar líneas de acción orientadas a la reorganización de los espacios de atención médica para garantizar una atención pronta, efectiva, segura, oportuna, centrada en el paciente y respetuosa de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

Mediante la integración funcional de los tres componentes del sistema de salud mexicano los objetivos últimos del MIDAS son: promover estilos de vida saludables, limitar la exposición a riesgos para la salud, atender de manera efectiva los daños a la salud y limitar la discapacidad generada por las enfermedades y las lesiones.[1] En este contexto y de acuerdo con el PRONASA, el MIDAS pretende ser una herramienta para la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, intercultural, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo, en donde los servicios de salud, tanto personales como dirigidos a la comunidad, estén integrados de manera racional y tengan un fuerte carácter anticipatorio.

Para su instrumentación el MIDAS exige una adecuada comunicación entre usuarios potenciales y proveedores de atención médica; de cooperación del personal al interior de un servicio, entre servicios y entre unidades de atención médica; de una eficaz coordinación entre instituciones (SESA, IMSS, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas) y sectores público, privado y no lucrativo así como de una relación racional entre los generadores de recursos y los proveedores de servicios.

Para ello se pretende establecer redes de servicios de salud, estructuras y sistemas de apoyo, un sistema de mejoramiento continuo de la calidad, y un sistema de monitoreo y evaluación.

La redes como elemento sustantivo del MIDAS, están constituidas por un componente de servicios de salud a la persona que cuenta con casas de salud, centros de salud, unidades de atención ambulatoria integral a la salud (UNAAIS), hospitales comunitarios, y (aunque fuera propiamente de la red) los centros de referencia tales como los hospitales generales, de alta especialidad y las UNEMES.

Estos servicios de atención médica pretenden ser accesibles geográfica, organizacional y culturalmente, además de integrarse a través de estructuras organizativas al interior y entre ellas para de esta manera facilitar el flujo de pacientes ente unidades y contar con un sistema de envío y recuperación de los mismos que identifique el papel de cada unidad dentro de la red y de las UNEMES y hospitales generales o de alta especialidad.

La red de servicios cuenta también con un componente comunitario el cual comprende todas las acciones de promoción de estilos de vida saludables, de protección contra riesgos sanitarios, y de detección temprana de riesgos personales y enfermedad. Estos se integrarán a través de los servicios de salud locales y estatales.

El número de centros de salud y UNAAIS dentro de la red de servicios y la magnitud de la población que deberán atender, será establecido por cada entidad federativa en función de variables demográficas, epidemiológicas, condiciones orográficas, disponibilidad de medios de comunicación y transporte, isócronas de desplazamiento, y recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles en cada unidad. Sin embargo cada entidad federativa debe establecer un tamaño mínimo de población a cubrir de acuerdo con los requerimientos del MIDAS.

Cada grupo de centros de salud y UNAAIS que integran una red, estará coordinado por un órgano o gerencia operativa denominada unidad de gestión, la cual se encargará de la organización y coordinación de la prestación de servicios de salud a la persona y a la comunidad. La unidad estará a cargo de un gerente y estará ubicada en la unidad más grande de la red. Dentro de sus principales funciones estarán el representar, planear, organizar, dirigir, controlar y evaluar las actividades que realizan los diversos centros de salud y UNAAIS en su zona de influencia, comprar servicios a hospitales comunitarios, generales, regionales de alta especialidad y UNEMES, mantener relaciones de coordinación con los responsables de las diferentes unidades hospitalarias con especialidades básicas o de alta especialidad, así como con las autoridades jurisdiccionales, municipales y estatales de salud.

continúa/

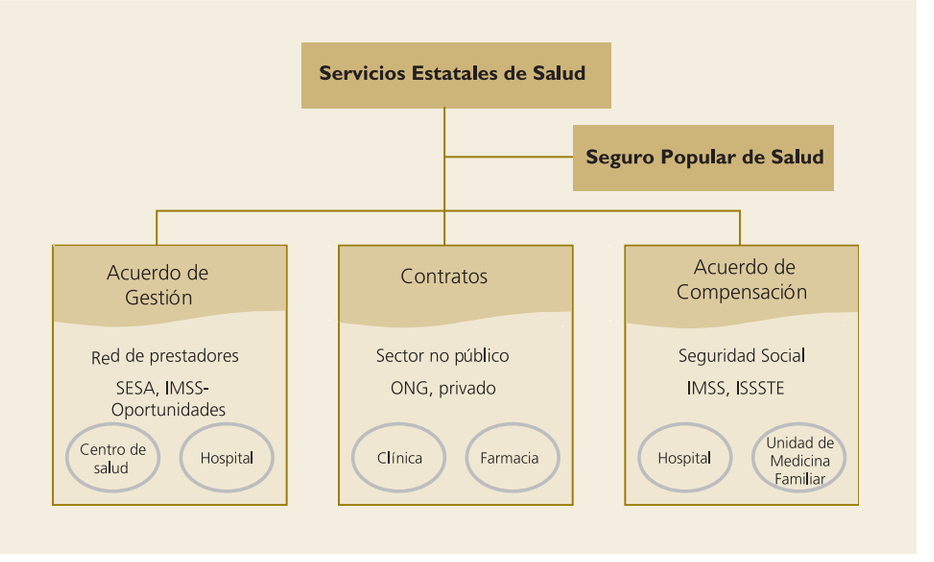
/continuación

La integración por medio de las redes, se apoyará mediante redes de telecomunicación, un sistema integrado de información en salud, un sistema de vigilancia epidemiológica y un modelo de gestión que incluye facturación cruzada, un plan maestro de infraestructura física, equipamiento, y recursos humanos enfocados a la atención médica.

El MIDAS pretende evaluar cada año el grado de integración de las redes, lo cual se publicará en documentos como el Observatorio del Desempeño Hospitalario y en la página de internet de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud.

[1] En este caso, por componentes del sistema de salud se refiere a las instituciones públicas dedicadas a atender a la población no asegurada, a las instituciones de seguridad social y al sector privado.

Figura 4.9
Esquemas de contratación de servicios



ONG: Organización no gubernamental

Asimismo, se deben desarrollar acciones que permitan controlar la utilización de los servicios; desarrollar el concepto de "gestión de servicios" en las unidades de atención médica; mejorar la calidad de la atención médica; efectuar un registro y seguimiento del desempeño; dar orientación y recibir quejas; y promover la capacitación continua.

Fase 4. Evaluación

Se evalúa la gestión de los servicios con objeto de retroalimentar y, en su caso, adecuar el modelo de gestión. En esta fase, los elementos de evaluación deberán vincularse con el proceso de supervisión y evaluación global del SPSS (ver capítulo 5). A partir de ello, se espera obtener información sobre el impacto del SPSS en las condiciones de salud de la población, la protección financiera de las familias y la calidad de la atención.

Finalmente cabe mencionar que el modelo considera la integración sustantiva o articulación entre los programas preventivos y de promoción de la salud y las intervenciones que conforman el CAUSES, de tal manera que se propicie la atención integral de los pacientes, sin duplicidades. Asimismo, se incluye un componente

de calidad que conjuga elementos y herramientas utilizados a nivel de usuarios, prestadores, organizaciones, y el sistema de salud. Estos incluyen:

- Código de ética,
- educación para, sobre y de calidad,
- información hacia y desde el usuario,
- sistemas de mejora continua,
- reconocimiento al desempeño,
- estandarización de procesos,
- monitoreo de resultados,
- certificación de individuos y organizaciones,
- racionalización estructural y regulatoria,
- participación social.

4.8.1 Recursos humanos y capacitación a directivos

En lo relativo a recursos humanos, FOROSS considera opciones para el desarrollo del personal que tome en cuenta la suficiencia de recursos en relación con las actividades realizadas en los servicios, garantías de certidumbre y continuidad en el empleo, seguridad al trabajador, desarrollo de competencias, incentivos al desempeño y superación personal.

Por otra parte, uno de los retos de la consolidación de la reforma es lograr que los cambios sustantivos permeen a través de todos los niveles de operación del Sistema. El personal de las unidades de atención médica juega un papel fundamental en la instrumentación del SPSS y en particular para llevar a cabo los cambios necesarios en la gestión de los servicios, ya que representa el punto de contacto con los beneficiarios y porque es el personal sobre el cual recae la responsabilidad inmediata de la atención del paciente. Por lo anterior, como parte de la estrategia de consolidación se impartió a nivel regional durante el primer semestre del 2006 el curso "Modelo y métodos de atención en el Sistema de Protección Social en Salud", el cual está particularmente enfocado hacia el personal de primer y segundo nivel de las unidades de atención médica (ver cuadro 4.9).

Estos cursos complementan los esfuerzos de difusión e inducción realizados, tanto a nivel federal como estatal, y buscan trabajar con el personal directamente responsable de prestar las intervenciones cubiertas por el SPSS de manera adecuada y oportuna, a fin de difundir y analizar las implicaciones que tiene el SPSS en su quehacer cotidiano y fomentar la educación continua.

Para darle mayor sustento y valor académico a los cursos y motivar a los participantes, al mismo tiempo que se toma en cuenta la carga de trabajo que caracteriza sus funciones cotidianas, la CNPSS en conjunto con el INSP estructuró el curso en dos grandes componentes: un componente presencial de 20 horas y un componente a distancia o virtual de 30 horas subsecuentes de trabajo a través de *internet*. La duración total del curso es de tres semanas y además de las sesiones se incluyen conferencias magistrales, talleres y la utilización de foros temáticos de consulta.

El componente presencial está organizado en módulos que incluyen aspectos clínicos y administrativos para entender de mejor manera no sólo el contexto de la reforma sino también obtener conocimientos de utilidad para la práctica clínica cotidiana. Se incluye además capacitación sobre tecnologías de la salud para facilitar el acceso al componente de capacitación a distancia.

Así, se identifican y analizan los procedimientos básicos de las intervenciones prioritarias cubiertas por el SPSS de acuerdo con el CAUSES, la normatividad vigente, guías clínicas y boletines de práctica médica efectiva. Se abordan también otros aspectos relevantes para la práctica médica como son el panorama epidemiológico nacional y regional por línea de vida, el arbitraje médico, el papel del personal de enfermería y políticas de medicamentos. En cuanto al SPSS, se abordan los siguientes temas: CAUSES, enfermedades y gastos catastróficos, abasto y distribución de medicamentos, y equipos de salud. Finalmente, se busca motivar también la actualización de los conocimientos médicos en temas selectos relacionados con la labor cotidiana y el contacto directo con los pacientes.

Otra característica relevante de estos cursos es la participación de funcionarios de la Secretaría de Salud y de la CNPSS, y de académicos del INSP. Esto ha permitido acercar mejorar la comunicación entre el personal que coordina y opera el SPSS con el personal de las unidades médicas. Para reforzar el carácter académico del curso existen criterios de acreditación que toman en cuenta tanto la asistencia como cuestionarios de evaluación por módulo.

El perfil de los participantes refleja la naturaleza multidisciplinaria de los equipos de profesionales de la salud que trabajan en las unidades médicas. La distribución de participantes es la siguiente: 62% médicos, 24% personal de enfermería, 7% promotores de la salud, 3% personal administrativo y 4% otros.

Un elemento de utilidad para experiencias futuras es la evaluación y retroalimentación sobre el curso por parte de los participantes. En términos generales la valoración del curso fue positiva y en la mayoría de los casos se consideró que el curso será de utilidad para las funciones del personal. En cuanto a la utilización de los foros temáticos, la distribución de las participaciones fue la siguiente:

i) foro sobre métodos de atención médica considerados en el CAUSES: 58%,

Cuadro 4.9

Cursos regionales dirigidos al personal de las unidades de atención médica

Sede / fecha del curso	Entidades participantes	Participantes por componente	
		Presencial	Virtual
Sede: Distrito Federal Febrero 2006	Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, México, Morelos, Tlaxcala, Puebla	81	81
Sede: Guanajuato, Guanajuato Marzo 2006	Guanajuato, Aguascalientes, Colima, Jalisco, Michoacán, Querétaro	102	97
Sede: Tampico, Tamaulipas Abril 2006	Tamaulipas, Coahuila, Nuevo León, San Luis Potosí, Veracruz (norte), Zacatecas	123	86
Sede: Villahermosa, Tabasco Abril 2006	Tabasco, Campeche, Chiapas, Yucatán, Quintana Roo, Veracruz (sur), Oaxaca	217	170
Sede: Culiacán, Sinaloa Mayo 2006	Sinaloa, Sonora, Nayarit, Baja California Sur, Chihuahua, Durango	107	104
Total	**31**	**630**	**538**

Nota: Baja California no participó en esta etapa pero se prevée que participe en los cursos programados para el segundo semestre del año 2006.

ii) foro de capacitación y sensibilización sobre el SPSS: 23%;
iii) foro sobre elementos básicos de gerencia y liderazgo en sistemas de salud: 19%.

Entre las preguntas más frecuentes destacan aquellas relacionadas con el momento de inicio de vigencia del CAUSES y de la cobertura de padecimientos específicos a través del FPGC, así como de los mecanismos para referir pacientes a otras unidades médicas y la identificación de los prestadores de servicios cubiertos por el FPGC.

En una segunda fase, se preveé impartir el curso a nivel estatal y mantener la vinculación con los esfuerzos de capacitación realizados a través del INSP. Cabe mencionar que en el futuro sería importante incorporar de manera formal y como parte de la operación del SPSS, actividades de inducción y capacitación continua específicamente diseñadas para el personal médico tomando como punto de partida los temas incluidos en este curso. Asimismo es importante reforzar la vinculación entre el personal operativo de las unidades y el personal directivo de los SESA. En cuanto a estos últimos es importante promover el conocimiento de la normatividad y brindar asesoría y capacitación en aspectos directivos y sobre el SPSS (ver cuadro 4.10).

4.9 POLÍTICA DE ABASTO DE MEDICAMENTOS.

El gasto de bolsillo en medicamentos es uno de los rubros de gasto que más afecta negativamente a la economía familiar, por ello el Seguro Popular ofrece acceso a las intervenciones incluidas en el CAUSES y los medicamentos asociados. Por lo tanto, garantizar el abasto suficiente y oportuno de éstos es un componente fundamental para hacer efectivos los beneficios de la protección social en salud.

Con el objeto de incrementar la cobertura en cuanto a disponibilidad y acceso a los medicamentos incluidos en el CAUSES, se ha propuesto un modelo de suministro de medicamentos sustentado en la participación mixta de los actores existentes en la cadena de abasto.[26] La propuesta busca fortalecer a las farmacias en las instituciones públicas y al mismo tiempo aprovechar la cadena privada de suministro de medicamentos, sin alterar el mercado de medicinas entre particulares. Asimismo, la propuesta para el SPS retoma las recomendaciones y lecciones derivadas del diagnóstico y trabajo realizado en el ámbito sectorial (ver recuadro 4.10).

El modelo propuesto consiste en aprovechar el poder de compra de los SESA para negociar con los productores, distribuidores y farmacias, los pagos y comisiones que permitan a las familias beneficiarias del SPSS acudir con la prescripción o receta a la farmacia de su elección en el sector privado y recibir el medicamento.

La propuesta contempla pagos diferenciados a cada uno de los actores de la cadena de distribución participantes. La operación en el marco del SPS pretende ha-

[26] En el modelo propuesto, se considera la participación de tres actores fundamentales en la cadena de abasto: los laboratorios, los distribuidores y las farmacias, tanto públicas como privadas.

cerse a través de farmacias públicas y de aquellas farmacias privadas que acepten participar en el esquema, y que además estén soportadas por distribuidores y laboratorios que también hayan aceptado participar. La colaboración entre el sector público y privado busca lograr el 100% de suministro de medicamentos, reducir a cero el pago por caducidad, evitar mermas y robos además de optimizar el uso de recursos públicos en este rubro aprovechando economías de escala.

Uno de los elementos comprendidos en la propuesta es el uso de una receta electrónica contenida en la credencial de afiliación al SPSS, la cual incluiría información relativa a la clave de la descripción o nombre genérico del medicamento, la cantidad asignada, la dosis prescrita y la orden de entrega del medicamento para el miembro de la familia que así lo necesite. Esta receta electrónica permitiría un mejor control de la prescripción y de la expedición de los medicamentos que deben ser surtidos a los beneficiarios del SPS, tanto en las farmacias públicas como privadas. El uso de la receta electrónica permitiría que los pagos se realicen posterior a la entrega del medicamento y facilitaría que no surja alteración alguna de la prescripción en la farmacia. En una primera etapa, se continuaría con el recetario convencional y de manera gradual se sustituiría por la receta electrónica.

La instrumentación del modelo propuesto requeriría de un instrumento jurídico tanto a nivel federal como estatal. Por ello se propone el uso de convenios de coordinación que comprendan el suministro de medicamentos, la distribución, orden de entrega y pago por los medicamentos, entre otros factores. Las autoridades federales, los SESA y los participantes del sector privado serían las partes en este instrumento. Si bien está pendiente precisar algunos aspectos operativos de la propuesta, ésta se ha presentado a las entidades federativas y se espera continuar los trabajos para su instrumentación en el mediano plazo.

4.10 ESTRUCTURA OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD

En la sección 3.2 se explicó la naturaleza y financiamiento de los servicios de salud a la comunidad. A continuación se presenta, en términos generales, la estructura operativa de estos servicios.

La prestación de los servicios de salud a la comunidad comprende en términos generales las siguientes acciones:

- Campañas de autocuidado y estilos de vida saludable;
- prevención de riesgos para la población a nivel nacional;
- vigilancia epidemiológica;
- atención en caso de desastres o urgencias epidemiológicas;
- protección contra riesgos sanitarios, y
- control analítico y constatación de cumplimiento de normatividad a nivel nacional.

Estas acciones tienen como común denominador las características que distinguen a los bienes públicos descritos en las secciones 3.1 y 3.2. Los servicios de salud a la comunidad cuentan con un lista preliminar de intervenciones que se presenta en el cuadro 4.11. Adicionalmente, estas intervenciones pueden distinguirse de acuerdo con su ámbito de influencia en nacionales o regionales

Cuadro 4.10

Lo que el personal directivo debe conocer (como mínimo) para el desempeño de sus responsabilidades en el SPSS

- Decreto de reforma a la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud y Reglamento correspondiente
- Reglamento interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud
- Reglamento interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud
- Criterios generales para la programación del gasto e integración de la información estatal relativa al manejo financiero del SPSS
- Acuerdo de buen gobierno de la Secretaría de Salud
- Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón y determinación de la cuota familiar del SPSS
- Carta de derechos y obligaciones de los afiliados al SPSS
- Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) 2006
- Política de medicamentos del SPSS y listado de medicamentos esenciales asociados al CAUSES (contenido en el CAUSES)
- Sistema de atención médica para el asegurado (incluye perfil y funciones del asesor médico)
- Lineamientos de operación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
- Sistema de gestión para gastos catastróficos

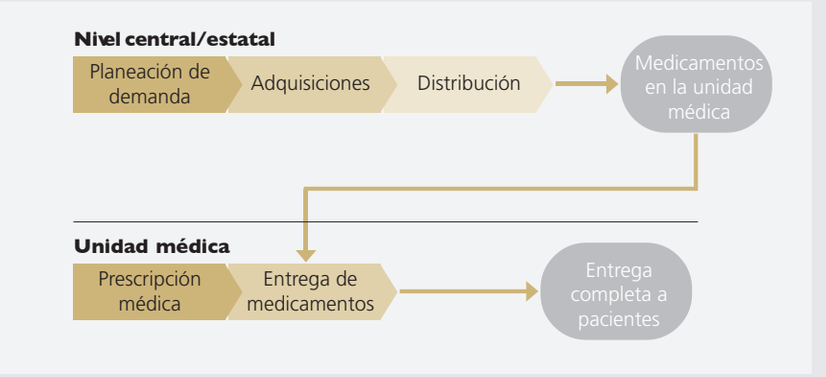
Recuadro 4.10 Desabasto de medicamentos

Uno de los principales problemas que ha enfrentado el sistema de salud mexicano es el desabasto de medicamentos en las instituciones públicas que prestan servicios de salud. El desabasto se traduce en la falta de acceso al tratamiento requerido o bien en la erogación de gasto de bolsillo en medicamentos por los hogares. En este contexto, desde 2002 se ha abordado este problema a nivel sectorial como parte de las políticas para mejorar el acceso a medicamentos en las instituciones públicas de salud.

En 2002 se realizó un diagnóstico sobre el desabasto a nivel sectorial mediante el cual se identificaron como principales causas del problema las siguentes: i) insuficiencia presupuestal, ii) ineficiencia y falta de transparencia en los procesos de abasto de los medicamentos. El diagnóstico se enfocó en el funcionamiento de los procesos más importantes de la cadena de abasto de medicamentos en el sector público.

La cadena de abasto de medicamentos funciona mediante procesos que se manejan a nivel central y en las unidades de salud (hospitales, clínicas y centros de salud).

Normalmente a nivel central (oficinas centrales y estatales/delegacionales de las instituciones) se llevan a cabo los procesos de planeación de la demanda, adquisiciones y distribución. Una vez que los medicamentos llegan a las unidades de salud se realizan los procesos de prescripción y entrega de medicamentos en farmacia. El proceso se ilustra en la siguiente figura.



Se evidenció que la cadena de abasto tiene problemas en ambos niveles del proceso (nivel central y unidades de salud). Entre los más importantes está la deficiente definición de especificaciones técnicas de los medicamentos, el alto porcentaje de compras directas, el condicionamiento extracontractual de entregas, el excesivo retraso en el pago a proveedores y prácticas inadecuadas en cuanto a la prescripción de los medicamentos.

Ante este diagnóstico, los esfuerzos sectoriales se han enfocado en fortalecer la transparencia y evitar las malas prácticas detectadas. Para ello se definió un modelo para mejorar la cadena de abasto bajo ocho principios: alto nivel de servicio, transparencia, bajos niveles de costo, flexibilidad, colaboración, asignación clara de responsabilidades con rendición de cuentas, especialización de funciones, pluralismo (participación indistinta de los sectores público, privado y social). Mediante estos principios se pretende alcanzar cinco objetivos fundamentales:

- Alcanzar un nivel de servicio de por lo menos un 95%;
- lograr un costo de operación de la cadena menor al 7% de la compra de medicamentos;
- obtener niveles de precio competitivos en la adquisición que reflejen la escala del sector;
- generar nula corrupción en la cadena;
- seleccionar de los mejores proveedores para el manejo de toda la cadena;

El programa de transformación de la cadena de abasto propuesto a todas las instituciones públicas se dividió en dos etapas. La primera etapa consiste en realizar mejoras inmediatas a la cadena; es decir, trabajar en la mejora de los procesos clave –planeación de demanda, adquisiciones, administración de inventario y distribución–. La segunda etapa consiste en la reestructuración total de la cadena de abasto, mediante el involucramiento de participantes de la iniciativa privada en el manejo de algunos de los procesos clave a través de procedimientos de tercerización.

El trabajo que se ha realizado en este respecto en el ámbito de la Secretaría y los SESA está muy vinculado al SPSS. Los fundamentos del modelo descrito han sido utilizados para desarrollar una propuesta de modelo de suministro de medicamentos para el SPS presentada en este documento.

(cuando su impacto trascienda el ámbito estatal), y locales (cuando su impacto no trascienda el ámbito estatal). La lista presentada a continuación es una primera aproximación a esta distinción. La responsabilidad en el financiamiento y la prestación deberá recaer en el órden de gobierno que competa de acuerdo con su ámbito de influencia.

En cuanto a los servicios de salud a la comunidad relacionados con la protección de riesgos sanitarios en el cuadro 4.12 se muestra una lista preliminar de los rubros o áreas asociados.

Los servicios de salud a la comunidad son un complemento importante del CAUSES, ya que si bien se prestan a la población en general y no forman parte del Seguro Popular, conforman uno de los tres pilares de la protección de la salud. Específicamente, los servicios de salud a la comunidad –incluyendo las actividades de regulación, control y vigilancia sanitaria– son el reflejo operativo de la protección a la salud contra riesgos sanitarios y daños a la salud (recuadro 2.4).

A continuación se describen de manera general los principales elementos operativos comprendidos en la prestación de dos servicios que son fundamentales para proteger a la población ante riesgos de carácter externo: la vigilancia epidemiológica y la notificación en caso de desastre o urgencia epidemiológica.

En cuanto a las actividades vinculadas con la vigilancia epidemiológica, cabe mencionar que éstas se realizan a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el cual tiene cinco componentes que se complementan entre sí, tal como se observa en la figura 4.10:

- Notificación semanal de casos nuevos de enfermedades (SUAVE);
- Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE);
- Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED);
- Sistemas Especiales, y
- Sistema Único de Información de Laboratorio (SUILAB).

Por otra parte, para la comprensión de la operación de la atención en caso de desastres o urgencias epidemiológicas es necesario enfatizar que un desastre se define como un acontecimiento que cumple las siguientes características: rebasa en forma repentina la capacidad de respuesta normal de un sistema social; y puede ser provocado por la presencia de fenómenos geológicos, hídricos, meteorológicos, sociales, físico-químicos, ecológicos y/o sanitarios. Asimismo, el *riesgo epidemiológico* es la probabilidad de sufrir un daño a la salud como consecuencia de exposiciones a uno o varios factores de riesgo.

En este sentido, la operación de la atención en caso de desastres o urgencias epidemiológicas se ejecuta mediante el Sistema de Notificación General en Caso de Desastre o Urgencia Epidemiológica, el cual se presenta en la figura 4.11.

4.11 VINCULACIÓN CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES

El Título Tercero Bis de la LGS en materia de protección social en salud, prevée la coordinación institucional entre el SPSS y los programas sociales del gobierno federal. En particular, la reforma incorpora los términos en que el SPSS podrá operar de manera coordinada con los programas IMSS-Oportunidades y de Desarrollo Humano Oportunidades.

La coordinación y colaboración entre programas federales que comparten poblaciones objetivo permitirá reducir la fragmentación operativa del sistema de salud, con lo que se impulsa una alineación programática y financiera de los recursos públicos destinados al financiamiento de la prestación de servicios de salud a la persona (atención médica).

4.11.1 El SPSS y el programa IMSS-Oportunidades

El programa IMSS-Oportunidades brinda atención de primer y segundo nivel a la población residente en localidades marginadas rurales, en condiciones de pobreza o pobreza extrema, que no cuenta con acceso a los servicios de seguridad social.

Anterior a la reforma que crea al SPSS, el financiamiento para IMSS-Oportunidades se canalizaba mediante un rubro de gasto contenido en el presupuesto de la Secretaría de Salud (ramo 12). Sin embargo, desde su origen es el IMSS quien opera, administra y contabiliza de manera independiente y por separado los recursos con que cuenta para su operación.

La necesidad de coordinar esfuerzos entre el SPSS e IMSS-Oportunidades radica en el objetivo de constituir redes de prestadores de servicios públicos de salud para la población no asegurada, que permitan evitar duplicidades y optimizar los recursos públicos físicos, materiales y humanos, dado que se enfocan en una misma población objetivo.

La reforma fundamenta legalmente la coordinación del SPSS con el programa IMSS-Oportunidades al establecer lo siguiente:

> *El programa IMSS-Oportunidades continuará proporcionando servicios de salud a la población no asegurada, con el mismo modelo de atención con el que opera en la actuali-*

Cuadro 4.11

Catálogo de servicios de salud a la comunidad (CASSCO)

Intervenciones de servicios de salud a la comunidad	Ámbito de influencia	
	Nacional o regional	Local
I. Salud municipal y participación comunitaria		
1. Impulso y fortalecimiento de la participación municipal		■
2. Organización comunitaria para la salud		■
3. Prevención y atención de urgencias epidemiológicas y desastres	■	■
4. Prevención y control de enfermedades transmitidas por vector	■	
5. Vacunación antirrábica de animales domésticos		■
6. Estabilización de la población canina		■
7. Atención de focos rábicos		■
8. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades transmitidas por vectores		■
9. Establecimiento de redes sociales en apoyo a la atención de la mujer embarazada y los menores de dos años de edad		■
II. Promoción e información		
10. Promoción e información sobre el autocuidado de la salud y estilos de vida saludable	■	
11. Información, educación y comunicación sobre la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida	■	
12. Promoción y difusión de las Cartillas Nacionales de Salud	■	
13. Información, educación y comunicación sobre temas básicos de salud entre la población escolar	■	
14. Promoción y difusión de una vida sin violencia familiar, sexual y contra las mujeres	■	
15. Información, educación y comunicación a la población migrante en el origen, tránsito y destino	■	
III. Vigilancia epidemiológica		
16. Vigilancia epidemiológica de las adicciones	■	
17. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles	■	
18. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles	■	
19. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad	■	
20. Vigilancia epidemiológica de los posibles riesgos a la salud	■	
IV. Servicios comunitarios de salud		
21. Aplicación del esquema básico y complementario de vacunación en menores de cinco años		■
22. Aplicación de vacuna anti-influenza en niños y niñas de 6 a 23 meses de edad		■
23. Aplicación del esquema complementario de vacunación en niños de 6 años de edad (SRP)		■
24. Aplicación del esquema de vacunación para adolescentes		■
25. Aplicación del esquema básico de vacunación para adultos mayores		■
26. Distribución de suplemento vitamínico entre niñas y niños de cuatro a 23 meses de edad	■	
27. Desparasitación a niños y niñas de 2 a 14 años de edad		■
28. Ministración de vitamina A en niños de 6 meses a 4 años de edad		■
29. Ministración de micronutrientes en mujeres embarazadas		■
30. Ministración de micronutrientes en adolescentes		■
31. Prevención de enfermedades bucales		■
V. Detección oportuna de enfermedades		
32. Detección oportuna de defectos al nacimiento en recién nacidos		■
33. Detección gruesa de problemas de salud entre la población escolar		■
34. Detección y diagnóstico de deficiencias visuales, deficiencias auditivas y/o defectos posturales entre la población escolar		■

continúa/

/continuación

Intervenciones de servicios de salud a la comunidad	Ámbito de influencia	
	Nacional o regional	Local
35. Detección oportuna del cáncer cérvico uterino (papanicolaou y detección de Virus de Papiloma Humano)		■
36. Detección oportuna de cáncer mamario (exploración clínica)		■
37. Prevención y detección oportuna de osteoporosis		■
38. Tamizaje y consejería en adicciones		■
39. Detección oportuna de tuberculosis en la comunidad (búsqueda activa)		■
40. Detección y diagnóstico de tuberculosis en áreas y grupos de riesgo		■
41. Tamizaje para la detección y referencia de personas que viven en situación de violencia familiar o sexual		■
42. Detección y diagnóstico temprano de obesidad, hipertensión arterial y diabetes en población de 20 años y más		■
43. Detección de hiperplasia y cáncer prostático en población masculina de 45 años y más		■
44. Prevención y detección oportuna de VIH		■
VI. Consejería y otros servicios preventivos		
45. Prevención y atención de enfermedades diarréicas y cólera		■
46. Capacitación a madres en la identificación de signos de alarma de enfermedades diarréicas, infecciones respiratorias y de nutrición en menores de cinco años		■
47. Capacitación y educación a la población civil y a profesionales en la atención inmediata de urgencias médicas		■
48. Atención integral a la salud durante la línea de vida		■
49. Identificación de signos de alarma en el neurodesarrollo de niñas y niños menores de cinco años y aplicación de pautas de estimulación temprana		■
50. Vigilancia del estado nutricional de menores de cinco años		■
51. Prevención de caries: profilaxis, odontoxesis y esquema básico		■
52. Consejería médica en planificación familiar		■
53. Consejería para la prevención y control de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus		■
54. Consejería y diagnóstico en climaterio y menopausia		■
55. Evaluación de riesgo y consejería para la atención de la violencia familiar		■
56. Prevención de daños asociados al consumo de drogas inyectadas		■
57. Prevención primaria del cáncer cérvico uterino		■
58. Quimioprofilaxis a los contactos de enfermos de tuberculosis		■

Nota: si bien los esquemas de vacunación están incluidos en el CAUSES, éstos son aplicados a toda la población sin importar su condición de afiliación al SPSS en virtud de las externalidades positivas que generan.
Fuente: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud.

dad, para lo cual deberá contar con los recursos presupuestales suficientes, provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación, mismos que se canalizarán directamente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social. Las familias actualmente atendidas por el programa IMSS-Oportunidades podrán incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud. En este caso deberá cubrirse al Programa, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social por cada familia que decida su incorporación a dicho Sistema, la Cuota social y la aportación solidaria a cargo del Gobierno Federal; la aportación solidaria a cargo de los estados y la Cuota familiar en los términos de la presente Ley. En cualquier caso, el programa IMSS-Oportunidades seguirá siendo administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social y los bienes muebles e inmuebles con que cuenta, más aquellos que en lo sucesivo adquiera, quedan incorporados al patrimonio del Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a la legislación aplicable.[27]

[27] Artículo décimo sexto transitorio del decreto de reforma a la LGS de 2003.

Cuadro 4.12

Lista preliminar de rubros relacionados con la protección de riesgos sanitarios

Vigilancia y control de los giros relacionados con servicios de salud, trasplantes y transfusión sanguínea:

1. Hospitales de medicina general, psiquiátricos y de especialidades médicas del sector público y privado. Cuando no se realicen actos quirúrgicos y/u obstétricos
2. Consultorios y clínicas de medicina general y de especialidades médicas del sector público y privado
3. Consultorios de médicos homeópatas, de nutriólogos y dietistas, de psicología social y de conducta, de terapia ocupacional y de lenguaje, de quiroprácticos, de optometría y otros consultorios médicos del sector público y privado
4. Laboratorios médicos y de diagnóstico del sector público y privado
5. Servicios de enfermería a domicilio, ambulancias y traslado de enfermos y otros servicios auxiliares al tratamiento médico del sector público y privado
6. Centros de planificación familiar del sector público y privado cuando no se practique cirugía mayor
7. Atención médica a enfermos mentales u otra atención médica no hospitalaria por el sector público y privado
8. Asilos para ancianos y discapacitados, orfelinatos y casas cuna por el sector público y privado
9. Suministro de comida, albergue temporal por asistencia social del sector público y privado
10. Guarderías del sector público y privado

Algunas intervenciones de prevención de riesgos sanitarios que competen exclusivamente a las entidades federativas:

1. Alimentos
   a. Matanza de ganado y aves para consumo humano
   b. Corte y empacado de carne
   c. Pasteurización de leche. Incluye establos productores de leche
   d. Congelación de frutas y legumbres
   e. Producción de sopas, guisos preparados y concentrados para caldos
   f. Producción de harina de trigo y de maíz y sus derivados
   g. Ingenios azucareros
   h. Producción de hielo y envasado de aguas purificadas o de manantial
   i. Producción de malta, cerveza, bebidas destiladas de uva, bebidas fermentadas de uva, ron, bebidas a base de caña, tequila, mezcal y otras bebidas alcohólicas destiladas
   j. Producción de cigarros, puros y otros productos de tabaco
2. Comercios que ofrecen productos para consumo humano
   a. Comercio al por mayor de huevo, frutas, legumbres, leche, productos lácteos, pan, pasteles, galletas, chocolates, dulces, confituras
   b. Farmacias con venta de artículos diversos. Solo si no venden estupefacientes, psicotrópicos, vacunas, toxoides, sueros y antitoxinas de origen animal y hemoderivados.
   c. Comercio al por menor de aparatos y artículos ortopédicos
   d. Comercio al por menor de gasolina y diesel en recipientes
   e. Restaurantes con o sin servicio de meseros
   f. Cantinas y bares, cervecerías, pulquerías, centros nocturnos, discotecas y similares
   g. Panaderías
3. Almacénes
   a. Almacenamiento en general. Sólo almacenamiento de productos relacionados con alimentos, bebidas, tabaco, productos de aseo, limpieza, perfumería y belleza para su distribución posterior
   b. Almacenamiento con refrigeración. Servicio de almacenamiento con cámaras frigoríficas y refrigeradores para artículos que por su naturaleza requieran este tipo de instalaciones. Plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas y peligrosas
4. Agua
   a. Agua de calidad bacteriológica
   b. Agua de contacto (niveles de contaminación del agua de mar en las playas turísticas del país)
   c. Calidad fisicoquímica del agua
   d. Aguas residuales

continúa/

/continuación

5.	Sal yodada fluorurada (niveles adecuados de fluoración y yodación de la sal).
6.	Farmacovigilancia (cultura de notificación de reacciones adversas a medicamentos)
7.	Atención de emergencias (brinda el apoyo humano e insumos para atender emergencias originadas por desastres naturales, entre otras)
8.	Plomo en loza vidriada (sustituir el esmalte utilizado en la alfarería vidriada por un esmalte libre de plomo, a fin de disminuir la enfermedad causada por este metal)
9.	Zoonosis
a.	Brucelosis
b.	Clenbuterol
c.	Encefalopatía espongiforme bobina

Fuente: COFEPRIS.

Figura 4.10
Esquema operativo del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Fuente: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud.

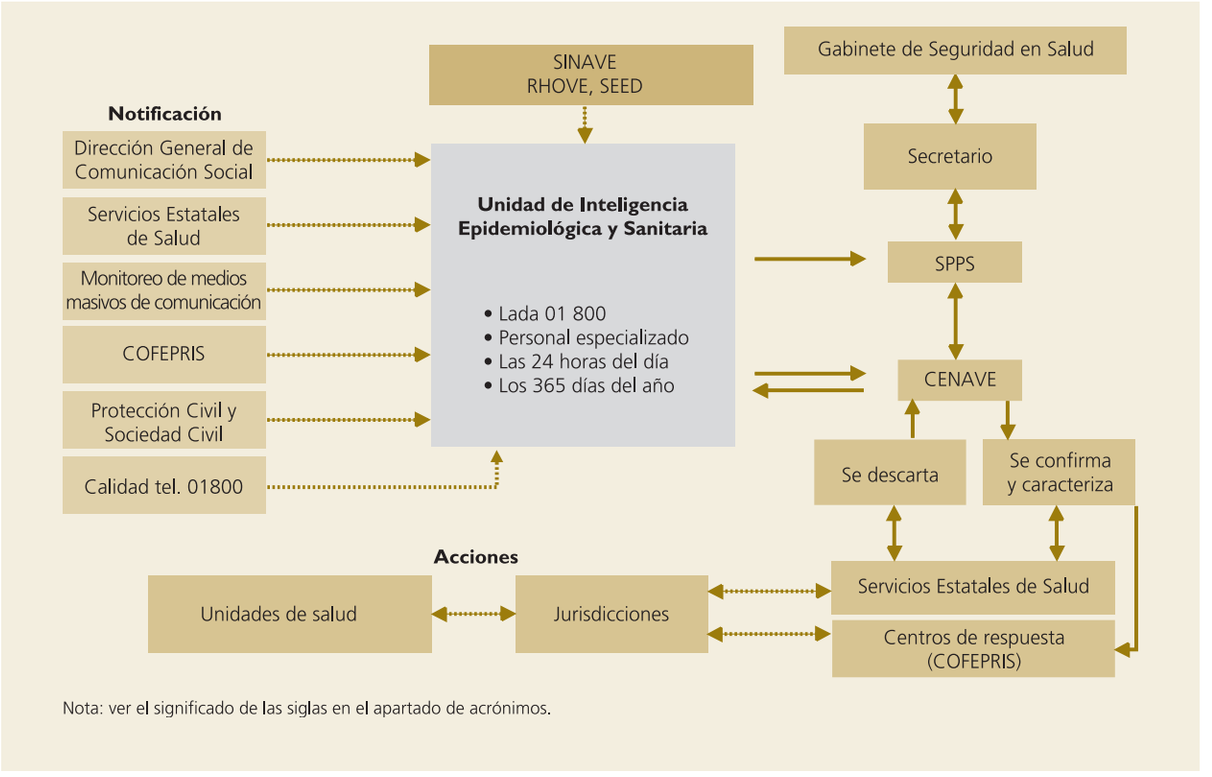
Lo anterior indica que las familias que actualmente son atendidas por el programa IMSS-Oportunidades podrán afiliarse al SPSS. El hecho de que las familias IMSS-Oportunidades puedan afiliarse al SPSS tiene implicaciones importantes en el financiamiento y la prestación de la atención médica. Las implicaciones de la coordinación en la atención médica encuentran su origen en la siguiente disposición reglamentaria:

> *(...) las familias atendidas en el Programa IMSS-Oportunidades podrán incorporarse al Sistema, en tales supuestos la atención médica será prestada a través de los establecimientos para la atención médica de dicho Programa. Los servicios brindados por el Programa corresponderán a los servicios esenciales de salud determinados por la Secretaría para el Sistema.*[28]

El aspecto financiero de esta coordinación se especifica en la Ley y el Reglamento. En primera instancia, es im-

[28] Artículo décimo séptimo transitorio del Reglamento.

Figura 4.11
Sistema de notificación general en caso de desastre o urgencia epidemiológica



Nota: ver el significado de las siglas en el apartado de acrónimos.

portante señalar que la Ley establece que el financiamiento del programa IMSS-Oportunidades se realizará directamente a través del IMSS. En este sentido, la colaboración y alineación financiera que legalmente se establece requiere que los recursos correspondientes por familia que pertenece al padrón del programa que decida afiliarse al SPSS deben ser trasladados íntegramente a IMSS-Oportunidades a través del IMSS.

Si se considera que el programa IMSS-Oportunidades recibe su presupuesto público en relación con las familias que reporta en su padrón de beneficiarios, lo expuesto en el párrafo anterior, que se deriva de lo dispuesto en la Ley, implica un doble financiamiento por familia ya que el programa recibiría los recursos correspondientes por su padrón y adicionalmente los correspondientes por el esquema de financiamiento derivado del SPSS por familia afiliada.

Sin embargo, existe una alternativa práctica de procedimiento que permitiría adecuar el esquema de pago de servicios brindados por IMSS-Oportunidades a beneficiarios del SPSS, manteniendo niveles adecuados de utilización racional de los recursos públicos disponibles. Esto significa que la CNPSS pueda transferir al IMSS los recursos financieros que se derivan del margen faltante entre los recursos existentes del programa por familia y aquellos recursos adicionales que se requieran para completar el financiamiento por familia afiliada al SPSS definidos por la LGS.

Ello permitiría realizar la contraprestación por los servicios brindados mediante el pago de los mismos, sin incurrir en un doble financiamiento que resultaría inaceptable en un sistema público de salud con recursos escasos.

Adicionalmente al caso de colaboración en el que familias afiliadas a IMSS-Oportunidades decidan afiliarse al SPSS, existe la posibilidad de que se presenten casos en los que las entidades federativas carezcan de establecimientos para la atención médica en ciertas zonas geográficas, en especial aquellas con alto grado de marginación. En este caso, el financiamiento o pago de servicios específicos podrá ser pactado con programas como IMSS-Oportunidades que tuvieran capacidad instalada en dichas áreas.

En ese sentido, el planteamiento es que el IMSS-Oportunidades se constituya en un prestador más de servicios para los afiliados al SPSS. Para establecer de manera

precisa los flujos financieros entre las entidades federativas e IMSS-Oportunidades por la prestación de servicios de atención médica conforme lo establece la reforma a la LGS, el dos de mayo del 2006 se suscribió un convenio marco interinstitucional entre la Secretaría de Salud y el IMSS, en su carácter de administrador del programa IMSS-Oportunidades. En términos generales este convenio marco establece los aspectos generales para la colaboración incluyendo, mecanismos de compensación y de atención médica bajo los estándares y criterios del SPSS.[29]

El objeto de este convenio marco es determinar los mecanismos mediante los cuales el IMSS-Oportunidades podrá prestar los servicios médicos correspondientes al primer y segundo nivel de atención a las familias afiliadas al SPSS.

Entre los compromisos que asumirá el programa está proporcionar a los beneficiarios del SPSS los servicios médicos, medicamentos e insumos que requiera su atención conforme al CAUSES y en estricto apego a la LGS. Estos deberán ser proporcionados mediante los procedimientos y normas de calidad establecidas por el SPSS.

Las unidades médicas de IMSS-Oportunidades deberán acreditar su capacidad, seguridad y calidad de acuerdo a la Ley y el Reglamento. Por su parte, la Secretaría de Salud se compromete a coordinar con el IMSS dicha acreditación.

A su vez, se establece la creación de una comisión de evaluación cuya finalidad será facilitar la colaboración entre las partes y evaluar el desarrollo y la funcionalidad de este convenio marco.

El convenio marco también estipula que su aplicación se hará de manera progresiva, comenzando con las familias de los 50 municipios con menor índice de desarrollo humano ubicadas en los estados de Chiapas, Durango, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán.

Bajo el amparo del convenio marco, se celebrarán convenios de colaboración intersectorial en el nivel local entre el IMSS (administrador del IMSS-Oportunidades) y los SESA con la asistencia del REPSS correspondiente. Estos deberán ser promovidos por la Secretaría de Salud y evaluados por la comisión de evaluación antes mencionada.

Los convenios locales deberán establecer los lineamientos generales de la colaboración a nivel local, además de contener una serie de anexos relacionados con la cobertura de la atención médica y los mecanismos de compensación económica.

En estos convenios locales los SESA se comprometerían a realizar acciones de identificación, promoción, difusión, incorporación, evaluación, seguimiento, control y evaluación integral de la operación del SPSS, así como a expedir una credencial de identificación a las familias beneficiarias y a aquellas que se inscriban al SPS.

Por su parte el IMSS-Oportunidades se comprometería a proporcionar a través de las Unidades médicas rurales (UMR) y los Hospitales rurales (HR) del programa IMSS-Oportunidades, los servicios de primer y segundo nivel de atención médica incluidos en el CAUSES, así como el suministro de medicamentos gratuitos a las familias beneficiarias del SPSS. Con respecto a la atención primaria, los REPSS se comprometerían a través de los SESA a compensar económicamente al IMSS-Oportunidades por cada familia beneficiaria del SPSS que pertenezca a los municipios del estado con alta y muy alta marginación social de acuerdo con el convenio marco antes mencionado. Para los servicios de segundo nivel de atención prestados por los HR del IMSS-Oportunidades, los REPSS abonarían, a través de los SESA, la tarifa por servicio fijada por la Secretaría de Salud.[30] Al respecto, la primera anualidad correspondiente se efectuaría dentro de los quince días naturales a la firma de este convenio local, y tratándose de las anualidades subsiguientes, dentro de los primeros quince días naturales del mes de enero de cada año y sería actualizada con base en la variación del INPC. Asimismo el IMSS-Oportunidades se comprometería a aplicar dichos recursos al pago por la prestación de los servicios de atención médica incluidos en el CAUSES y los medicamentos asociados de acuerdo con el convenio entre la Secretaría de Salud y el IMSS-Oportunidades.

4.11.2 Sistema de Seguridad Social Popular

El sistema de seguridad social en México ofrece entre otros beneficios, acceso a los servicios de salud, créditos de vivienda y pensiones a la población asalariada tanto en el sector privado como en el público por medio del IMSS e ISSSTE. Esto, sin embargo, deja sin protección en esta materia al sector de la población desempleada o que carece de un trabajo bajo régimen salarial o trabaja de manera independiente, así como a sus familias.

Con el objetivo de incluir a este sector de la población dentro de un esquema de seguridad social, se estableció el Sistema de Seguridad Social Popular (SISSP), el

[29] Los detalles formales sobre los mecanismos de compensación económica y prestación de servicios médicos se integrarán en los anexos de este convenio 30 días después de su firma.

[30] En los anexos correspondientes al convenio local habrán de citarse las tarifas fijadas por la Secretaría de Salud para los servicios del segundo nivel de atención y el grado de marginación municipal basado en la clasificación del Consejo Nacional de Población.

cual les permitirá acceder a los beneficios antes mencionados (acceso a servicios de salud; pensiones, jubilaciones, y apoyo a la vivienda) mediante la articulación de tres instancias operativas ya existentes: el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud; el Sistema de Ahorro para el Retiro de Oportunidades (SAROP) y el Fondo Nacional de Apoyo Económico a la Vivienda (FONAEVI).

En materia de vivienda a través del FONAEVI convergen recursos federales y estatales para otorgar subsidios a familias de escasos recursos económicos para la adquisición, compra de lotes con servicios o para el mejoramiento y ampliación de vivienda. En cuanto al ahorro para el retiro, el SAROP abre la posibilidad de que la población entre 20 y 69 años, obtenga un peso adicional por cada peso que ahorre en su cuenta personal.

La entidad coordinadora del SISSP es el Consejo Nacional de Protección Social, creado mediante acuerdo presidencial del 27 de febrero del 2006 publicado en el Diario Oficial de la Federación (ver AL. 15).

Este consejo es una comisión intersectorial permanente que surge como instancia de sinergia y articulación de estrategias del SISSP. Está encabezada por el Presidente de la República y conformada por los titulares de las secretarías de: Salud; Desarrollo Social; Educación Pública; Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; Hacienda y Crédito Público, y Trabajo y Previsión Social.

Sus funciones principales son: asegurar la observancia de la política de protección social, garantizando la integración funcional de los beneficios en materia de salud vía el SPS, vivienda y ahorro para el retiro, y la planeación conjunta para ofrecer estos servicios utilizando la información de los padrones de beneficiarios, especialmente el padrón de Oportunidades; la coordinación operativa para posibilitar la afiliación y facilitar el acercamiento del gobierno con las familias, dando prioridad a las zonas de mayor marginación y a familias en condición de pobreza.

En suma el SISSP es un sistema complementario que busca extender el acceso a la protección social y articular los diferentes esquemas de beneficios existentes con las prestaciones de seguridad social ofrecidas por el IMSS y el ISSSTE.

4.11.3 El SPSS y el programa de Desarrollo Humano Oportunidades

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades) es gestionado principalmente por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Sin embargo, éste incluye un componente destinado a la prestación de servicios de salud el cual es coordinado por la Secretaría de Salud y financiado mediante su presupuesto (ramo 12). Los servicios y el funcionamiento de este componente se muestran en la figura 4.12.

El SPSS y Oportunidades comparten la misma población objetivo. El SPSS se enfoca en familias y personas que no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuentan con algún otro mecanismo de protección social en salud. Por su parte, el componente de salud del programa Oportunidades busca reducir el rezago en salud que afecta a la población en condiciones de pobreza que en su mayoría carece de seguridad social. Por lo anterior, la reforma a la Ley establece que:

> *El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, continuará operando conforme al modelo de atención establecido en sus reglas de operación. La Secretaría de Desarrollo Social administrará el padrón de beneficiarios de este Programa, y para su operación se coordinará con la Secretaría de Salud, a fin de evitar duplicidades administrativas.*[31]

Con el fin de dar cumplimiento a la Ley y, por ende evitar duplicidades, la SEDESOL y la Secretaría de Salud plantean incorporar en forma gradual al SPSS a las familias que actualmente se encuentran inscritas en el padrón de Oportunidades. Lo anterior tiene dos implicaciones a destacar. La primera está ligada al objetivo de brindar una protección a la salud más amplia, dado que el SPSS contempla un número mayor de intervenciones médicas con respecto a las que ofrece hoy en día Oportunidades, incluyendo servicios ambulatorios y hospitalarios, así como algunas intervenciones de costo elevado y de alta especialidad cubiertas por el FPGC.

En este sentido, para una operación adecuada de los recursos correspondientes por el componente de salud de Oportunidades, la gestión de dichos recursos será realizada directamente por la CNPSS.

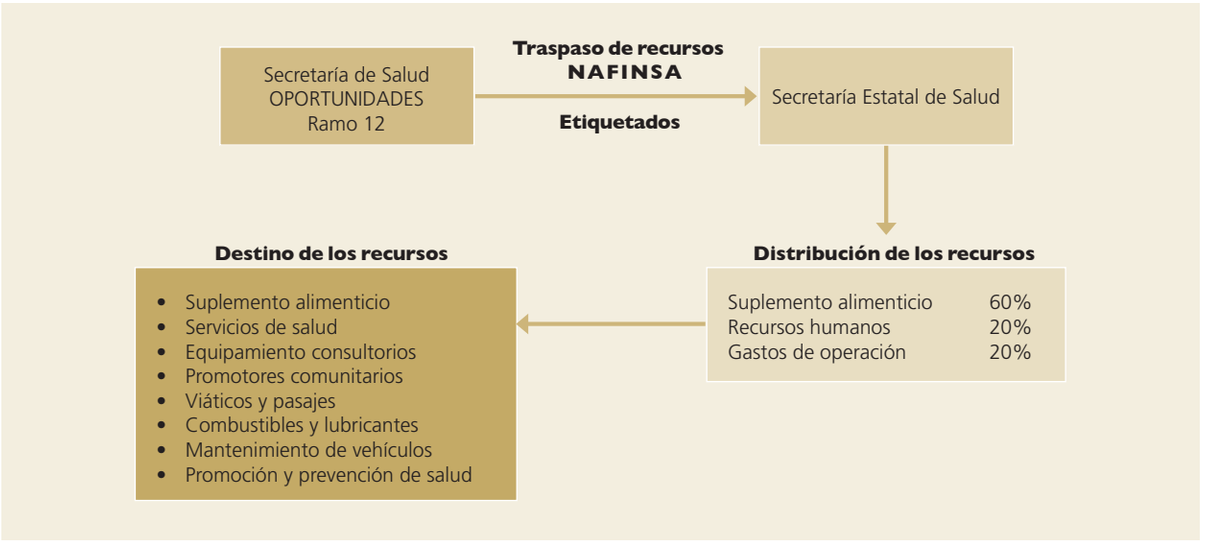
La segunda implicación se refiere a la continuidad y congruencia que, en términos de la política social orientada a la población más vulnerable, permite el hecho de sumar el padrón de afiliación de Oportunidades a la estrategia de afiliación del SPSS. El uso de este padrón se sustenta en el último párrafo del artículo octavo transitorio de la reforma a la LGS, que establece lo siguiente:

> *... La cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor*

[31] Artículo vigésimo primero transitorio del decreto de reforma a la LGS.

Figura 4.12

Servicios y funcionamiento del componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades



marginación, zonas rurales e indígenas, de conformidad con los patrones que para el efecto maneje el gobierno federal.

En este sentido, uno de los criterios a considerar dentro de la priorización de la afiliación al SPSS es la incorporación gradual de la totalidad de las familias beneficiarias de Oportunidades que se ubican en los primeros deciles de la distribución del ingreso, particularmente, en el primer decil.

Cabe señalar que el SPSS contempla un régimen no contributivo para los hogares en los dos deciles de menor ingreso, con regulación específica de subvención total de las cuotas familiares. Esta definición precisamente se articula en torno a los criterios de pobreza alimentaria y pobreza de capacidades que se utilizan para determinar la población que es sujeta de apoyo federal a través de Oportunidades (sección 3.4.3.2.)

Una mayor coordinación entre el programa y el SPSS permitirá actualizar y diversificar las modalidades para el cumplimiento de la corresponsabilidad ciudadana en el componente de salud para la recepción del suplemento alimenticio, que incorpora una visión de "ciclo de vida" y que se apoya en el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud.[32] Asimismo, permitirá alinear los recursos federales existentes, ya que los recursos del componente de salud de Oportunidades que se encuentran radicados en el presupuesto de la Secretaría (ramo 12), serán contabilizados como parte de los recursos existentes para financiar la ASF.

4.12 SUPERVISIÓN ESTRATÉGICA

Como parte de la función rectora y en apoyo a las entidades federativas en la instrumentación del SPSS, en 2006 se instrumentó bajo la coordinación de la Oficina del Secretario un operativo de supervisión integral y estratégica. Integral porque estuvo conformada por expertos de tres áreas mayores de la Secretaría: la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, los cuales compartieron una misma visión. Fue estratégica porque se concentró en aquellos aspectos clave que permitirán mejorar cómo se está implantando el SPSS en su conjunto.

El objetivo de esta supervisión era identificar los retos más importantes a los que se enfrentan las entidades federativas en su instrumentación y operación, a fin de impulsar acciones que permitan consolidar al SPSS.

En este contexto la supervisión estratégica buscaba producir resultados que permitieran tanto a la Federación como a las entidades federativas identificar áreas de oportunidad para mejorar los procesos de implantación encaminados a fortalecer conjuntamente el SPSS.

[32] La visión de "ciclo de vida" se refiere a los cambios en las necesidades de salud que un individuo registra a lo largo de su vida.

Esto implicaba plantear compromisos y definir responsabilidades en cada órden de gobierno.

La supervisión estaba enfocada a identificar de manera colectiva áreas de oportunidad y a articular los diferentes componentes del SPSS con un enfoque sistemático; a solucionar fallas menores de carácter técnico en el corto plazo, y a establecer contacto directo con los responsables de las áreas mayores a nivel federal para agilizar los procesos de consolidación a mediano plazo; así como a contribuir al diseño de instrumentos para mejorar la operación del SPSS.[33]

A la fecha, los principales retos para la consolidación del SPSS están en articular sus principales componentes para asegurar que los servicios financiados por el SPSS se ofrezcan bajo mejores condiciones de calidad y oportunidad; para mejorar los márgenes de eficiencia en el uso y destino de los recursos, generar adhesión y confianza por parte de los ciudadanos, y contar con una sólida arquitectura organizacional que permita al SPSS desarrollar sus funciones.

El cuadro 4.13 sintetiza los principales retos y ventanas de oportunidad proponiendo acciones concretas para mejorar la instrumentación del SPSS.

4.13 VINCULACIÓN CON EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La implantación del SPSS genera la necesidad de formalizar la vinculación entre la demanda y la oferta de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito interestatal como en el ámbito interinstitucional.

La demanda, ya sea interestatal o interinstitucional, responde a tres factores: el factor geográfico que implica la utilización de los servicios médicos más cercanos al lugar de residencia del demandante; el factor infraestructura, vinculado con la carencia en el lugar o institución de origen o bien, un mayor grado de innovación disponible en la infraestructura de las unidades en otras entidades o instituciones; y el factor tradicional, relacionado con la percepción de calidez o calidad de los servicios médicos prestados.[34]

La figura 4.13 sintetiza las innovaciones incorporadas a LGS en términos de los mecanismos legales y financieros para responder a los dos primeros factores. Mediante dichos mecanismos se busca formalizar el flujo de pacientes entre entidades y entre instituciones bajo una mayor certeza financiera; optimizar la utilización de la infraestructura existente y compartir la prestación de servicios. Se espera que el tercer factor cambie en la medida en que se generen resultados perceptibles para la población usuaria como resultado de las iniciativas que promueven las instituciones públicas de salud en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

En el ámbito interestatal el SPSS contempla un mecanismo legal para vincular la demanda y la oferta de servicios, expresado en un convenio de colaboración interestatal de servicios. Este convenio de colaboración ampara la prestación de los servicios esenciales cubiertos por el SPSS. En el convenio se especifican los servicios que serán prestados, el monto a ser compensado por cada servicio, la periodicidad de la compensación y el número de servicios que la entidad federativa demandante de servicios está en condiciones de compensar.

El convenio está diseñado para formalizar en una primera etapa la demanda interestatal existente entre estados colindantes o pertenecientes a una misma red de prestadores de servicios del SPSS. En una etapa posterior y conforme la operación del SPSS madure, el convenio podrá extenderse para que la demanda interestatal sea cubierta en forma independiente del factor geográfico. La aplicación de la garantía de pago, en caso de incumplimiento de las condiciones de compensación económica de los servicios convenidos, es una de las cláusulas del convenio de colaboración. El funcionamiento y el flujo financiero de esta garantía de pago se describen en la sección 3.6.3.

En el ámbito interinstitucional se cuenta como precedente con un Convenio general de colaboración interinstitucional en materia de prestación de servicios de salud (anexo AL.10). En el convenio la Secretaría, el IMSS y el ISSSTE han acordado las bases para suscribir convenios específicos de prestación de servicios públicos.

De especial relevancia es la inclusión en el convenio de los mecanismos de fijación de precios dependiendo de la modalidad del servicio. Dichos mecanismos se presentan en el cuadro 4.14. Los convenios específicos detallarán, al amparo de las cláusulas del convenio general, los servicios a ser prestados, el precio por servicio de acuerdo con el mecanismo de fijación correspondiente, las formas de pago y los canales para la comunicación y solución de controversias.

La instrumentación de los convenios de colaboración (ya sea en el ámbito interestatal o interinstitucional) implica establecer y fortalecer el proceso de referencia-contrarreferencia de pacientes; implantar un sistema de

[33] La supervisión se lleva a cabo bajo la conducción de funcionarios federales y se desarrolla desde el nivel estatal hasta el nivel federal incluyendo a los directivos encargados de la operación del SPSS.

[34] Se entiende como demanda interestatal o interinstitucional cuando la población demanda servicios en otras entidades federativas o en otras instituciones distintas a las que les corresponde por adscripción territorial, administrativa o según su condición de derechohabiencia.

costeo de servicios eficiente y expedito que considere las diferencias en precios de insumos por zona geográfica e institución, y el desarrollo de un sistema de información, evaluación y seguimiento de la prestación de los servicios que sea oportuno y efectivo. En consecuencia, se busca incorporar la mayoría de estos aspectos como parte de la plataforma informática del SPSS descrita en la sección 4.6.

4.14 RETOS DE LA IMPLANTACIÓN Y LA OPERACIÓN

Con la entrada en vigor de la reforma a la LGS el SPSS ha dado pasos importantes en su expansión y formalización como tercer pilar del aseguramiento público en salud. Sin embargo, la puesta en marcha de las reformas a la LGS ha implicado al mismo tiempo una serie de cambios en los ámbitos del financiamiento y la prestación de servicios, así como en la organización de los servicios y la interacción entre los diferentes órdenes de gobierno: federal y estatal.

En ese sentido, la implantación del SPSS enfrenta una serie de retos que pueden agruparse en las siguientes categorías:

i) sustentabilidad financiera y de infraestructura en el largo plazo,
ii) continuidad en la implantación y consolidación del SPSS en los estados después del 2006,
iii) separación entre el financiamiento y la prestación,
iv) desarrollo de instrumentos para apoyar las funciones de aseguramiento, presupuestación y asignación de recursos y prestación de servicios.

i) Sustentabilidad financiera y de infraestructura en el largo plazo

Si bien la LGS y su Reglamento en materia de Protección Social en Salud especifican una base financiera para la cobertura de los servicios, es altamente probable que los costos derivados de los cambios esperados en la demanda de servicios por el envejecimiento poblacional y el cambio en el perfil de morbilidad de la población, así como de la introducción de nuevas tecnologías y la reposición de infraestructura y equipo, generen grandes presiones financieras que no se verán satisfechas con las reglas de financiamiento previstas. Por lo anterior, en el mediano y largo plazos será necesario revisar y, en su caso, adecuar las bases financieras del SPSS.

Asimismo, será necesario buscar fuentes complementarias de financiamiento, en particular para hacer frente a la expansión en la cobertura de atención de alta especialidad. Los esfuerzos para encontrar dichas fuentes deberán encausarse a alinear los recursos existentes fuera del sector público, por ejemplo, aquellos canalizados mediante el sector filantrópico y las organizaciones no gubernamentales, o bien aquellos que puedan resultar de acuerdos con diversos sectores industriales y de las negociaciones para canalizar hacia el sector salud recursos provenientes de aprovechamientos de la recaudación fiscal.

En este sentido se registran avances, como es el caso de las aportaciones realizadas por la Fundación TELMEX y la Fundación Río Arronte. En materia de acuerdos con diversos sectores industriales, se tiene el antecedente del convenio con la industria tabacalera, y en lo referente a la coordinación con las organizaciones no gubernamentales existentes en el país, está el caso de las organizaciones que brindan apoyo económico a niños con cáncer.

Por otra parte, en el corto plazo y con objeto de contar con una capacidad de respuesta inmediata para la prestación de servicios, en particular aquéllos vinculados con el FPGC, es necesario analizar la posibilidad de aprovechar la infraestructura existente para la prestación de servicios en otras instituciones del sector público y en el sector no gubernamental.

ii) Continuidad en la implantación y consolidación del SPSS en los estados después del 2006

El reto más importante que enfrentará el SPSS en el corto y mediano plazos será la continuidad en la operación. Para lograr continuidad se deben enfocar esfuerzos en la institucionalización del SPSS en el nivel estatal y municipal con la finalidad de evitar que el sistema se vea afectado por los ciclos políticos del país. En ese sentido, tanto los cambios en las administraciones federal como estatal conllevan un grado de riesgo de pérdida en la continuidad.

Además debe cuidarse que el SPSS logre penetrar hasta el nivel de las unidades médicas y los profesionales de la salud. Esta penetración implica un cambio de actitudes del personal que labora en las unidades, así como un cambio en la forma de administrar los recursos materiales, humanos y financieros. El cambio de actitudes en el personal operativo, a la luz de experiencias internacionales en otros sistemas de salud reformados en las últimas décadas, conlleva un proceso de capacitación y seguimiento durante varios años, incluso décadas, antes de lograr resultados tangibles.

La continuidad implica también permear hacia funcionarios de otras dependencias, como los secretarios de finanzas estatales y la propia SHCP. Modificar las reglas de presupuestación y asignación de recursos para

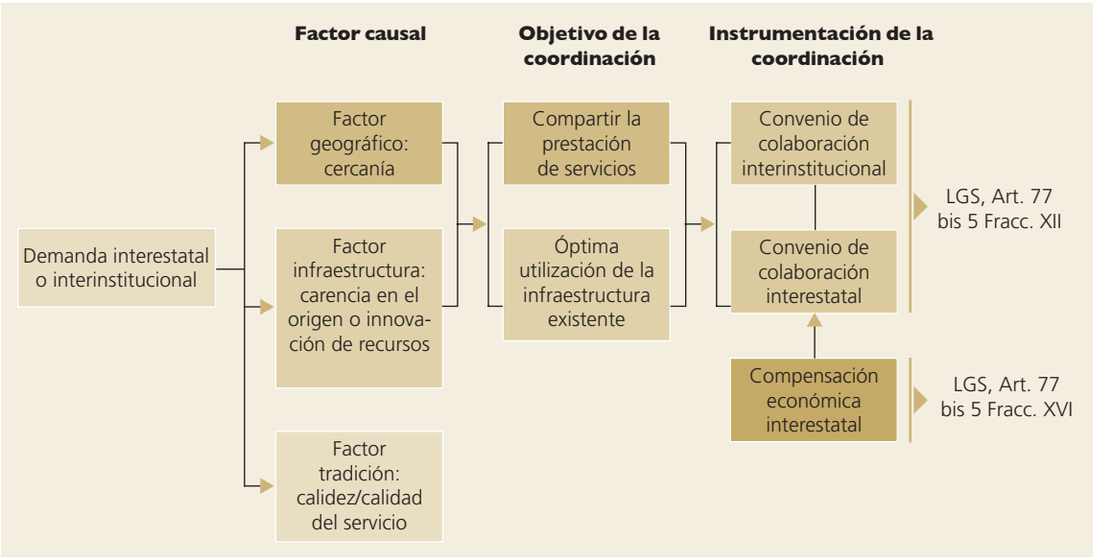
Cuadro 4.13

Retos y ventanas de oportunidad para el SPSS identificados en el 2006

1. Retos	Acciones propuestas
Creciente demanda de servicios de salud • Mantener satisfecha a la población ante la creciente demanda de servicios de salud, • mejorar la capacidad resolutiva del sistema, • consolidar el componente de salud preventiva.	• Calcular las necesidades de recursos (materiales y humanos) en función de la cobertura del SPS y de la demanda de servicios.
Fortalecimiento de la salud pública • Fomentar el uso de las Cartillas Nacionales de Salud, • asegurar el seguimiento y la continuidad de la atención médica, • garantizar el abasto de insumos a nivel local y jurisdiccional.	• Asignar los recursos correspondientes para consolidar el componente preventivo de la atención, • sinergia con el programa social Oportunidades.
2. Ventanas de oportunidad	
Mejora en el abasto de medicamentos • Abasto promedio por debajo del 80%, • identificar medicamentos críticos que faltan para la atención oportuna y regular, • costos muy altos de algunos medicamentos.	• Agilizar el proceso de validación de familias y envío de recursos, • fortalecer los procesos de entrega de medicamentos y el surtimiento de recetas.
Consolidar los procesos cubiertos por el FPGC • Existen cuellos de botella que impiden el flujo rápido de los recursos, • atención oportuna de los pacientes, con fuentes alternativas de financiamiento.	• Fortalecer la capacidad de procesamiento de casos para su validación y oportuna asignación de recursos.

Figura 4.13

Demanda de servicios al interior del Sistema Nacional de Salud



Cuadro 4.14

Mecanismos de fijación de precios establecido en el convenio general de colaboración interinstitucional

Modalidad	Catálogo	Mecanismo de fijación de precio
Servicios hospitalarios por diagnóstico	Grupos Relacionados de Diagnóstico o sistema similar de clasificación de pacientes	A nivel nacional por la parte solicitante
Servicios médicos específicos: consulta de especialidades, casos de urgencia, servicios ambulatorios de alta especialidad	Catálogo nacional de referencia con modalidades de acuerdo a condiciones locales	A nivel local por la parte proveedora; referencia: costos unitarios
Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Catálogo nacional de referencia con modalidades de acuerdo a condiciones locales	A nivel local por la parte proveedora; referencia: costos unitarios
Servicios por grupos de población	Factores por grupo de edad y sexo, así como ajustes especiales de riesgo de aplicación general	A nivel nacional por la parte solicitante

Recuadro 4.11 El SPSS hoy: beneficios observados

La naturaleza gradual de la implantación del SPSS permitirá observar plenamente sus beneficios hasta el año 2010. Sin embargo, ya pueden percibirse los primeros resultados de la implantación del mismo. Para esto, pueden considerarse tres elementos: el incremento de familias afiliadas, los primeros signos de corrección de los desequilibrios financieros y la naturaleza eminentemente progresiva del Seguro Popular:

I. Familias afiliadas

El SPSS logró tener presencia en las 32 entidades federativas en tan sólo año y medio de la entrada en vigor de la reforma a la LGS. El establecimiento de un nuevo orden jurídico para formalizar este esquema de aseguramiento público en salud, la definición de reglas claras para su financiamiento y el apoyo y coordinación con otras áreas clave de la Administración Pública Federal, han permitido extender significativamente la cobertura de afiliación en este periodo. En el siguiente cuadro se presenta el número de familias beneficiadas por el SPSS en esta nueva etapa.

Año	Número de entidades incorporadas al SPSS	Número de familias afiliadas[1]	Recursos adicionales etiquetados para el SPSS (millones de pesos corrientes)[2]
2004	29	1,563,572	4,432
2005	32	3,555,977	8,730
2006	32	5,100,000	17,006

Notas:

1. Familias afiliadas hasta el 31 de diciembre en 2004 y 2005 respectivamente, según los reportes de la Comisión Nacional de Protección Social al Congreso de la Unión. En 2006 se presenta la meta anual de afiliación. Cabe mencionar que al cierre del primer trimestre de 2006 se registraron 3,659,235 familias afiliadas al Seguro Popular de Salud.
2. Información sobre recursos adicionales proporcionada por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto. En 2004 y 2005 se reporta el monto ejercido consistente con la Cuenta de la Hacienda Pública Federal. Los recursos adicionales 2006 corresponden al monto autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Por recursos adicionales se refiere a los recursos frescos asignados al SPSS como resultado de aplicar el cálculo correspondiente para determinar el monto total de la Cuota social y la Aportación solidaria federal complementaria de acuerdo con la afiliación anual.

continúa/

/continuación

II. Corrección de desequilibrios financieros

A continuación se presentan resultados de la corrección gradual de los desequilibrios presentados en la sección diagnóstica del presente documento (sección 1.3).

Nivel: La proporción del PIB nacional que se invierte en salud se incrementó de 6.1% en 2002 a 6.3% en 2004. Este incremento disminuye la brecha en la inversión en salud respecto a los niveles esperados para países de ingresos medios.

Origen de los recursos: Entre 2001 y 2004, se observó una reducción del gasto de bolsillo (52.0% a 50.8%). En contraparte, se incrementaron las participaciones del gasto público (46.0% a 46.2%) y del prepago privado (2% a 3%). La disminución del gasto de bolsillo y la sustitución por prepago y gasto público tiene importantes implicaciones en la equidad y eficiencia en el financiamiento de la atención de la salud.

Distribución no equitativa de recursos:

- Equidad del gasto federal entre grupos de población: Entre 2000 y 2005 mejoró la equidad por condición de aseguramiento. El incremento en los recursos públicos para la población no asegurada permitió reducir la brecha de gasto federal en salud per cápita entre asegurados y no asegurados de 3 a 1 en el año 2000 a 2 a 1 en 2005.
- Equidad del gasto federal entre entidades federativas: Existen más recursos federales para población no asegurada y se encuentran mejor distribuidos en términos geográficos. Del año 2000 al 2004, el promedio de recursos federales (FASSA y Ramo 12) per cápita se incrementó en 52% en términos reales. Adicionalmente, la brecha entre la entidad federativa que recibió más recursos y la que recibió menos disminuyó de 5.2 a 4.3 veces, es decir 21%.

Corresponsabilidad entre órdenes de gobierno: La corresponsabilidad financiera de las entidades federativas ha sido creciente. El promedio de gasto estatal en salud per cápita se ha incrementado en 39% en términos reales en el periodo de 2000 a 2004. El reto de reducir la brecha entre entidades persiste. Sin embargo, se puede esperar una reducción debido al incremento gradual de la afiliación de familias.

Destino del gasto público: El aumento en el gasto público en salud se ha acompañado de un incremento en la proporción del gasto destinado a inversión y operación. Consecuentemente, la participación del gasto en nómina o servicios personales disminuyó entre 2000 y 2005, pasando de 74% a 62%. Esto incrementa la capacidad de respuesta del sistema ante los retos que enfrentará en el futuro.

III. Perfil progresivo del Seguro Popular

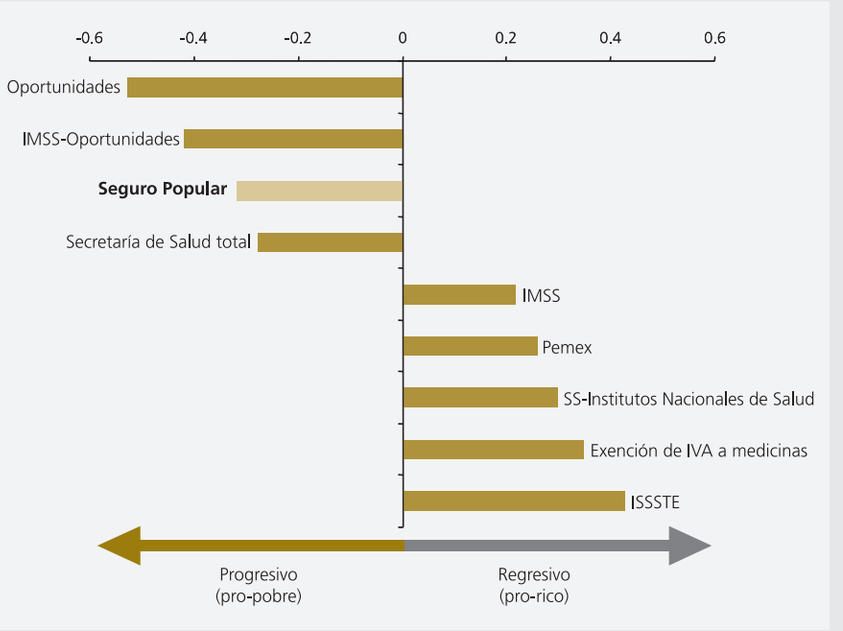
En la siguiente gráfica se presentan los coeficientes de concentración estimados para diversas alternativas de gasto social en salud y nutrición del gobierno federal en 2002. Los coeficientes de concentración son una medida que refleja el grado en que los recursos públicos se dirigen a grupos de población de acuerdo con su nivel socio económico. El valor de estos coeficientes se ubica entre –1 y 1, donde –1 refleja una concentración total en los de menores ingresos y un valor de 1 refleja concentración en los grupos de mayor ingreso. El Seguro Popular presenta una alta concentración hacia población de bajos ingresos por lo que confirma su naturaleza progresiva, solo superado por el programa Oportunidades que se destina exclusivamente a población en condiciones de alta pobreza.

continúa/

transitar a un esquema de financiamiento sustentado en la demanda no es una tarea fácil y es importante que todos los actores que participan en este proceso estén lo suficientemente informados e involucrados. Esto implica promover espacios de diálogo y trabajo conjunto donde participen los funcionarios fiscales y sus contrapartes de salud, tanto en el ámbito federal como estatal.

Por otra parte, comprender al SPSS tanto en los aspectos conceptuales como operativos lleva tiempo y claramente hay una curva de aprendizaje, de manera que a medida que se trabaje más al interior del sistema

/continuación



Fuente: Scott,J. 2004. "Desigualdad en Salud y Oportunidades de Salud en México". Manuscrito inédito elaborado para el Informe de la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud.

y se dé cierta continuidad en las políticas habrá de generarse un acervo de conocimiento y experiencia por parte del personal que coadyuve a la operación del sistema. En ese sentido, cambios drásticos y periódicos en el personal en ciertos niveles clave en los ámbitos operativo y directivo implican una pérdida potencial de este acervo de capital humano. Es importante reforzar los componentes de capacitación continua tanto en el nivel federal como al interior de los SESA así como promover el desarrollo de un servicio profesional de carrera en el sector.

Por ejemplo, la negociación del acuerdo de coordinación con las entidades requiere de un proceso de renovación anual de los aspectos detallados en los anexos del acuerdo. En este caso, la falta de continuidad puede generar un costo importante para el sistema en su conjunto, toda vez que el conocimiento y la experiencia acumulada debe generarse nuevamente cada vez que se rompe de manera drástica la continuidad tanto en la definición de políticas como en la permanencia del personal.

En suma, el reto para el sistema es promover la acumulación de conocimiento y experiencia a partir de la continuidad en la definición de políticas y la permanencia del personal, sin que ello implique generar incentivos adversos al buen desempeño del personal.

iii) Separación entre el financiamiento y la prestación de los servicios

Negociación con los hospitales de alta especialidad para la firma del convenio de prestación de servicios cubiertos por el FPGC.

A raíz de la entrada en operación del fideicomiso del SPSS se ha desarrollado un mecanismo de negociación y gestión con los hospitales que fungen como prestadores de servicios para el FPGC. Este mecanismo incluye la firma de un convenio multianual en donde cada año se negocia el número de casos a atender y la tarifa correspondiente.

Una vez firmado el convenio un primer paso en la operación es que las áreas financiera y de gestión de servicios médicos realicen una auditoría al hospital para revisar expedientes de casos reportados como facturables al FPGC. De existir irregularidades, los expedientes en duda deben ser analizados con mayor detenimiento y descartados si no se justifica su pago. Entre las razones

para descartar un caso se encuentran irregularidades en las fechas de tratamiento (anteriores al inicio de las operaciones del FPGC con el prestador), desviaciones con respecto a la práctica médica convenida, incumplimiento de la declaratoria de caso especificada en los lineamientos del FPGC y, negligencia médica.

El segundo paso en la operación consiste en consolidar y presentar la información recabada de la auditoría y de los reportes trimestrales que los proveedores del FPGC deben proporcionar a la CNPSS. La información consolidada se presenta ante el Comité Técnico del fideicomiso para su aprobación y posterior liberación del recurso financiero.

El mayor reto para la operación de este proceso es lograr que el tiempo empleado en la auditoría y validación de la información para los casos presentados no represente un obstáculo para garantizar que los pagos se realicen de manera oportuna. La plataforma informática existente no permite aún realizar la operación en tiempo real para disminuir trámites administrativos y reducir el tiempo invertido. Se espera que cuando la plataforma tecnológica integral se encuentre completamente implantada, esta operación se agilice.

Sin embargo, la lentitud en los pagos puede obstaculizar el proceso de renegociación anual relacionado con la definición de las tarifas y casos por atender en el año fiscal que forma parte del convenio firmado con los prestadores de servicios.

Negociación con los hospitales y centros de salud de las redes estatales de prestadores de servicios para la firma del acuerdo de gestión de servicios.

La negociación del acuerdo de gestión de servicios con las unidades de atención médica de las redes estatales es efectuada por cada uno de los Servicios estatales de salud y apoyada por la normatividad aprobada a nivel federal.

El objetivo de estos acuerdos es promover en el ámbito estatal la separación entre las funciones de financiamiento y prestación de servicios sustentada en la autonomía de gestión de las unidades médicas.

El principal reto al que se enfrenta este proceso es garantizar que se dé una verdadera separación entre el financiamiento y la prestación de los servicios.

Para enfrentar este reto, las autoridades estatales requieren de instrumentos, capital humano y experiencia que les permitan reorganizar a los prestadores estatales bajo una lógica de financiamiento sustentado en la demanda, es decir, de pago por resultados. Esto implica dar autonomía a las unidades médicas, en particular a los hospitales y organizar a los servicios de primer nivel geográficamente a partir de áreas de captación o con base en un porcentaje de cobertura poblacional.

Integración de las redes de prestadores de servicios del SPSS con las redes de prestadores de servicios del Plan Maestro de Infraestructura.

En el mediano y largo plazos se buscará que las redes de prestadores de servicios del SPSS empaten con la propuesta de redes desarrollada por el Plan Maestro de Infraestructura. El reto en este aspecto es incluir las diversas redes y microrredes estatales en alguna de las redes regionales propuestas. El empate deberá desarrollarse en el ámbito de la descentralización de servicios y considerando la optimización tanto de los recursos físicos como de los recursos humanos.

iv) Diseño e implantación de instrumentos

Implantación de la plataforma tecnológica integral del SPSS y su vinculación e impacto en la estructura informática actual de la Secretaría.

El flujo de información relacionada con la afiliación, el financiamiento, la prestación de servicios y los resultados en salud en todos los niveles de operación del SPSS, es un elemento fundamental para hacer efectiva la separación de las funciones de aseguramiento, financiamiento y prestación de servicios. Al mismo tiempo es un elemento central para promover la rendición de cuentas y apoyar la toma de decisiones.

A la fecha, la CNPSS ha realizado esfuerzos importantes para establecer con las entidades federativas un sistema de información que comprenda tanto aspectos de afiliación como de prestación de servicios. Esta información ha sido precisamente la base para elaborar el Informe al Congreso que se presenta semestralmente.

Al mismo tiempo, otras áreas de la Secretaría de Salud han dado pasos significativos en el desarrollo de componentes del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) tales como: el desarrollo de un Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) y el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS). Actualmente está en proceso de desarrollo un componente que permita captar información específica sobre el ámbito hospitalario e introducir el expediente clínico electrónico de pacientes en el nivel de la unidad médica (ver sección 4.6).

El reto en este caso consiste en establecer un puente entre todos los esfuerzos realizados y garantizar que

exista una vinculación entre la plataforma tecnológica integral que se desarrolle para efectos del SPSS y los componentes del SINAIS.

Asimismo, el reto consiste en evaluar la calidad de la información reportada de manera que ésta pueda mejorar de manera progresiva. Esto permitiría mejorar las actividades de evaluación y seguimiento del SPSS y coadyuvar al diseño de políticas en el futuro.

Implantación del mecanismo de compensación económica interestatal entre las entidades federativas participantes del SPSS.

El flujo de pacientes entre entidades no es un tema nuevo. Pacientes de una entidad suelen demandar atención y recibirla en otras entidades federativas. El reto, en este caso, es implantar un mecanismo que permita hacer efectivo el pago por la prestación de servicios de pacientes no residentes entre las entidades federativas.

La LGS establece la garantía de pago por la prestación interestatal de servicios como un mecanismo para promover el pago y con ello, alinear el financiamiento con la demanda por servicios. Sin embargo, el reto radica en establecer los incentivos para que las entidades firmen acuerdos por la prestación de servicios; hacer efectivo el mecanismo jurídico y administrativo que permita el pago interestatal y el uso de esta garantía de pago como recurso de última instancia.

Relación del padrón de afiliados al SPSS y el Padrón Único de Beneficiarios de Programas de Apoyo de la Administración Pública Federal (PUBPAAPF).

La posibilidad de contar con mecanismos que permitan mejorar y validar la información de la población beneficiaria es un instrumento valioso para el diseño de las políticas públicas. En el caso particular del SPSS, la factibilidad de poder relacionar su padrón de afiliados con el PUBPAAPF es una forma de mejorar la calidad de la información contenida en los padrones. Particularmente si se considera que el PUBPAAPF concentra la información en un importante número de personas susceptibles de afiliación al SPSS. Además, es una fuente importante para identificar grupos de población sin protección social en salud y, por tanto, susceptibles de afiliación al SPSS. Al mismo tiempo es una manera de vincular al SPSS con una estrategia más amplia de protección social u otros programas sociales de manera que se garantice una mayor coherencia entre el otorgamiento de beneficios y los beneficiarios.

El reto en este caso es establecer y mantener una plataforma tecnológica que compatibilice las diferentes estructuras de las bases de datos a vincular.

CINCO.

Modelo de evaluación integral

La evaluación del SPSS está diseñada para medir y explicar en qué medida y con que eficiencia se están alcanzando las metas y objetivos de este sistema. Este tipo de estudios permite adecuar las estrategias de operación y las políticas relacionadas con el SPSS, y contribuye a los procesos de transparencia y rendición de cuentas.

La evaluación del SPSS será coordinada por la DGED de la Secretaría de Salud y se caracterizará por ser:

- ***normativa,*** ya que establecerá métodos, criterios y procesos de evaluación homogéneos a nivel nacional;
- ***dinámica,*** ya que se adecuará a los cambios que la misma operación del sistema requiera, y
- ***participativa,*** ya que involucrará a las autoridades de salud de los distintos órdenes de gobierno, a los prestadores de servicios y a la población en su conjunto.

Las actividades de evaluación deben distinguirse del monitoreo regular de los indicadores de resultado, que es indispensable para la gerencia cotidiana de las actividades del SPSS. Estas actividades de monitoreo son responsabilidad de las áreas encargadas de la operación del SPSS de acuerdo a su reglamento interno.

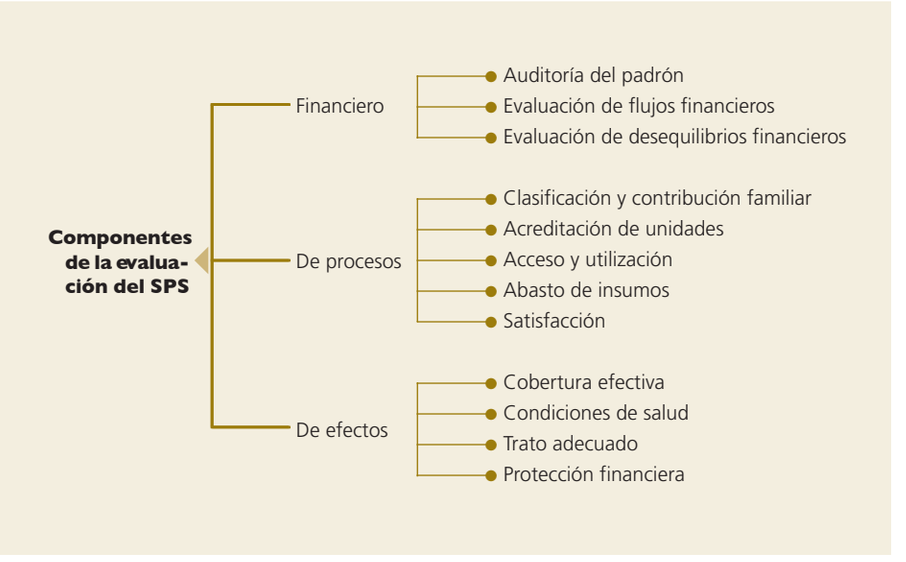
5.1 COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN

La creación y puesta en operación del SPSS implica el desarrollo de acciones financieras y gerenciales que tienen impacto sobre la disponibilidad y distribución de recursos públicos para la salud, el acceso y la utilización de servicios, las condiciones de salud de la población y la situación financiera de los hogares. Por esta razón, el modelo de evaluación del SPSS contará con tres componentes: financiero, de procesos y de efectos (figura 5.1).

La lista de indicadores propuestos para cada componente de la evaluación externa se presenta en el anexo AT.6.

Los componentes de la evaluación mencionados a continuación están asociados a un fuerte componente

Figura 5.1
Componentes de la evaluación del SPSS



cuantitativo; sin embargo, también se realizarán estudios de carácter cualitativo como grupos focales y mapeo político. Cabe mencionar que la evaluación integral del SPSS se llevará a cabo mediante la contribución financiera de las 32 entidades federativas definida en el acuerdo firmado con la Federación por cada entidad y denominado Información, Evaluación y Capacitación.

5.1.1 Evaluación financiera

Esta evaluación medirá la magnitud, la distribución por entidad federativa, los flujos y el ejercicio por componentes (gasto administrativo y gasto en atención directa a la salud) de los recursos financieros asignados al SPS, y el impacto de la implantación del SPS en los desequilibrios financieros que dieron origen a las reformas a la LGS de 2003.

Los principales objetivos de esta evaluación son los siguientes:

i) contribuir a garantizar un manejo correcto y transparente del padrón de afiliados al SPS;
ii) ayudar a agilizar los flujos financieros del SPSS de tal manera que los recursos de las distintas fuentes lleguen a los diversos fondos en la cantidad y con la oportunidad acordada;
iii) contribuir a un ejercicio estatal de los recursos que se apegue a lo señalado en la LGS y el Reglamento del SPSS, y
iv) identificar el impacto del SPSS en los desequilibrios financieros que motivaron la reforma de 2003 a la Ley General de Salud.

La evaluación del componente financiero contemplará, entre otras acciones, la revisión de expedientes de familias afiliadas al SPS tomados del padrón de afiliados de la CNPSS; el monitoreo de los subsidios federales a los estados; la evaluación de los esfuerzos estatales para cumplir con sus obligaciones financieras con el SPSS; la evaluación de la utilización de los recursos asignados a la operación estatal del SPS, y el análisis de la evolución de las cuentas nacionales y estatales de salud.

La evaluación será desarrollada por el INSP y el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Colaborarán además como áreas de apoyo con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) y la DGPOP de la Secretaría de Salud, la CNPSS y los REPSS.

Es importante señalar que los resultados de esta evaluación financiera deberán distinguirse de los informes periódico que la Secretaría de Salud debe presentar al Congreso de la Unión sobre la utilización y aplicación de los recursos del SPSS, en general, y de los recursos de los diversos fondos en particular. Esto de acuerdo con lo señalado, entre otros, en los artículos 77 Bis 18, 77 Bis 20 y 77 Bis 31 del decreto de reforma a la LGS. Estos últimos informes son responsabilidad de la CNPSS.

Evaluación financiera

Nivel del Estudio, Responsable y Producto	
Nivel del estudio:	Estatal y nacional
Fuente de información:	Visitas de verificación a hogares afiliados, registros financieros del SPSS y SICUENTAS
Responsables:	INSP, CIDE
Productos:	Informe sobre el padrón, informe del análisis de los flujos financieros del SPSS e informe de impacto del SPSS en los desequilibrios financieros que dieron origen a la reforma de 2003

5.1.2 Evaluación de procesos

Este componente medirá el desempeño operativo del SPS, incluyendo los procesos de afiliación y contribución familiar (revisión de los instrumentos de clasificación de las familias por decil de ingreso; revisión de los criterios para fijar contribuciones familiares por decil de ingreso; porcentaje de re-afiliación; causas de no re-afiliación); acreditación de unidades que prestan servicios a los afiliados al SPS; acceso y utilización de servicios; trato recibido en las unidades que proporcionan servicios a los afiliados al SPS, y abasto de medicamentos y otros insumos en las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS. Los principales objetivos de este componente son los siguientes:

i) contribuir a garantizar una clasificación objetiva de las familias afiliadas al SPS por decil de ingreso;
ii) contribuir a fijar las contribuciones familiares al SPS de manera equitativa;
iii) facilitar la acreditación de las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS;
iv) ayudar a eliminar las barreras financieras, organizacionales y culturales que los afiliados al SPS pudieran enfrentar en el acceso a los servicios;
v) contribuir a garantizar un trato adecuado a los usuarios de las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS, y
vi) contribuir a garantizar un abasto y una prescripción adecuados de los medicamentos y otros insumos incluidos en el CAUSES en las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS.

La evaluación de los principales procesos que lleva a cabo el SPS contemplará, entre otras acciones, la revisión de los instrumentos que actualmente se utilizan para la clasificación de las familias afiliadas por decil de ingreso; la revisión de los mecanismos para fijar las contribuciones familiares de acuerdo con el decil de ingreso; la revisión de los registros regulares del SPS para evaluar en qué medida se está afiliando a la "población blanco"; el estudio de los procesos de acreditación de las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS; la revisión de los registros regulares del SPS y del SINAIS para medir los cambios que pudieron haberse dado en el acceso y los patrones de utilización de los servicios estatales de salud a raíz de la implantación del SPS; la realización de encuestas de trato en las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS, y la realización de visitas de verificación de abasto y prescripción de algunos de los medicamentos e insumos incluidos en el CAUSES en unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS.

En general se compararán los niveles de acceso y utilización de la población afiliada al SPS con los de la población sin protección social en salud y, en algunos casos, con los de la población con seguridad social. Lo mismo sucederá con el trato recibido. La calidad de la atención y los niveles de abasto de medicamentos y otros insumos en las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS se compararán con el de las unidades de las secretarías estatales de salud que no ofrecen servicios a los afiliados al SPS y con las unidades de la seguridad social.

La evaluación será diseñada e implementada por el Instituto Ellison de la Universidad de Harvard (UH) y el INSP. Colaborarán además como áreas de apoyo la DGIS, la DGPLADES, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la Secretaría de Salud y la CNPSS.

Evaluación de procesos

	Nivel del Estudio, Responsable y Producto
Nivel del estudio:	Estatal en ciertos subcomponentes y nacional en otros
Fuente de información:	Registros SPSS, registros del SINAIS, encuestas de trato y satisfacción, y visitas de verificación
Responsables:	UH, INSP
Productos:	Informe sobre instrumentos de clasificación y contribución familiar; informe sobre el proceso de acreditación de unidades; informe sobre utilización de servicios; informe sobre trato y calidad de la atención; informe sobre abasto y prescripción de medicamentos del SPSS

5.1.3 Evaluación de efectos

La evaluación de efectos tendrá como objetivo medir el grado en que el SPSS está contribuyendo a alcanzar los objetivos básicos de todo sistema de salud: mejorar las condiciones de salud de la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y garantizar protección financiera en materia de salud. Esta evaluación incluirá también la medición del grado en que se está alcanzando un objetivo instrumental, pero extraordinariamente importante para alcanzar los objetivos últimos de un sistema de salud: la cobertura efectiva.

Cobertura efectiva

La cobertura efectiva es un objetivo intermedio de los sistemas de salud que se ubica entre los insumos y los resultados últimos. Se define como aquella fracción de ganancia potencial en salud de una población que puede atribuirse al sistema de salud.

La cobertura efectiva puede medirse para intervenciones individuales o para el sistema en su conjunto. En el caso de esta evaluación se propone medir la cobertura efectiva de 15 intervenciones incluidas en el CAUSES. Para ellos se utilizarán diversas fuentes de información, incluyendo las ENSA 2000 y 2005-2006, la ENED 2002-2003, el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios y otros registros regulares del SINAIS. Asimismo se llevarán a cabo encuestas en 38,000 hogares que recogerán información sobre diversas condiciones de salud, que además incluirán mediciones sobre hipertensión arterial, glucosa y colesterol en sangre, y hemoglobina glicosilada (ver recuadro 3.3)

Condiciones de salud

Los efectos de cualquier programa en las condiciones de salud de una población no son fáciles de medir porque con frecuencia el tiempo de implantación del programa no es suficiente para generar cambios medibles en las condiciones de salud.

No obstante esto, se propone medir diversas condiciones de salud con dos propósitos: i) la comparación de los niveles basales de salud entre población asegurada y no asegurada, y ii) el uso de la medición 2005 como referencia basal para mediciones que pudieran llevarse a cabo en dos o tres años, cuando hubiese transcurrido tiempo suficiente de intervención para esperar cambios en estos indicadores.

Dentro de los indicadores que se utilizarán para medir el efecto del SPS sobre las condiciones de salud destaca la esperanza de vida saludable, que se medirá haciendo uso de la información que se recogerá en las encuestas de hogares que se ubica en la sección de auto-percepción de ocho dominios de salud: movilidad, visión, cognición, auto-cuidado, actividades personales, afecto, sueño y dolor. También se harán comparaciones de las tasas de mortalidad general por sexo y edad entre la población no asegurada, la población con seguridad social y la población afiliada al SPS. La información para llevar a cabo este ejercicio se recogerá de los certificados de defunción. Finalmente, con el fin de identificar perfiles epidemiológicos particulares, se harán comparaciones

en mortalidad por causas específicas entre la población afiliada al SPS, la población con seguridad social y la población no asegurada.

Trato adecuado

Además de mejorar las condiciones de salud de su población de responsabilidad, los sistemas de salud deben ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, tanto curativos como preventivos y de promoción de la salud. Esto significa ofrecer servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. También supone la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer nivel en la que se desear recibir la atención, disponer de servicios generales presentables en las unidades de salud, esperar tiempos de espera razonables por una consulta o una intervención, y tener acceso a redes sociales de apoyo social, sobre todo durante las estancias hospitalarias.

Para su operacionalización, el trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud se desagrega, siguiendo la propuesta de la OMS, en ocho dominios, cuatro de ellos directamente relacionados con derechos humanos fundamentales y otros cuatro relacionados con la orientación al cliente de estos servicios. Los ocho ámbitos son los siguientes:

- **Autonomía**. Se refiere a la capacidad de los usuarios para intervenir en la toma de decisiones con respecto a su salud.
- **Trato digno**. Se refiere al trato con respeto a su dignidad que deben recibir los usuarios, visualizándolos en todo momento como personas en plenitud de derechos y no simplemente como pacientes.
- **Comunicación**. Se refiere al tiempo y las condiciones para que el paciente pueda hacer todas las preguntas que considere necesarias y el derecho a recibir las respuestas que les aclaren todas las dudas con respecto a su salud y las opciones de tratamiento.
- **Confidencialidad**. Se refiere al cuidado y confidencialidad con la que se debe manejar la información de carácter médico y la obligación de no divulgarse sin el consentimiento expreso del usuario.
- **Atención pronta**. Se trata del tiempo transcurrido desde que se inicia el proceso de búsqueda de atención hasta que ésta se recibe.
- **Capacidad de elección**. Se refiere a la posibilidad de elegir en dónde atenderse y con qué médico hacerlo.
- **Condiciones de los servicios y las comodidades básicas**. Se refiere a las condiciones de amplitud, iluminación y limpieza de las salas de espera, consultorios y habitaciones, así como de la calidad de los alimentos servidos en condiciones de hospitalización, y a la limpieza y mantenimiento de camas y blancos.
- **Acceso a redes de apoyo social**. Tiene que ver con el derecho de los individuos hospitalizados a gozar de facilidades para recibir la visita de familiares y amigos.

Protección financiera

Protección financiera significa, en términos prácticos, garantizar que todos los individuos cuenten con acceso regular a servicios básicos de salud de calidad independientemente de su capacidad de pago; no tener que postergar o cancelar la atención médica por falta de recursos económicos, y minimizar el riesgo de incurrir en gastos catastróficos y empobrecimiento por motivos de salud.

Para esta evaluación se sugiere analizar la protección financiera siguiendo los siguientes pasos: i) la medición del gasto en salud; ii) la medición de los componentes del gasto; iii) la medición del porcentaje de hogares con gastos catastróficos, y iv) la medición del índice de justicia financiera. La medición del gasto en salud permite cuantificar el gasto de bolsillo y el gasto en seguros de salud, así como la posible posposición de la atención por motivos financieros. También permite determinar si el gasto en salud se financia a través del ingreso corriente, el ahorro monetario, el endeudamiento, la venta de bienes del hogar o sacrificando algún otro gasto familiar básico, como la alimentación, la vivienda, la educación o la diversión.

En seguida se sugiere medir la distribución del gasto en salud en tres componentes: medicamentos, atención ambulatoria y atención hospitalaria.

En tercer lugar es necesario medir el porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud. Los gastos catastróficos se definen como aquellos gastos en salud que representan más del 30 por ciento del ingreso disponible de los hogares, que a su vez se define como el remanente del gasto total del hogar una vez descontados los gastos en alimentación, vivienda y educación.

Finalmente, el índice de justicia en la contribución financiera permite medir el grado de equidad en el financiamiento de los servicios de salud. Según la OMS, un sistema de salud es equitativo cuando todos los hogares contribuyen con un porcentaje similar de sus ingresos al financiamiento de la atención a la salud.

Se sugiere que estos componentes de la evaluación de la protección financiera se estimen con base en la propuesta metodológica de la OMS y haciendo uso, como fuente de información, de una encuesta *ad hoc* (ver recuadro 5.1). Al igual que con otros componentes de

esta evaluación, el uso de la metodología de casos y controles puede ser útil. En este caso se podrían comparar los resultados en términos de protección financiera entre hogares afiliados y no afiliados al SPS.

La evaluación de efectos se llevará a cabo haciendo uso de un estudio comunitario controlado cuya unidad de análisis es el denominado *conglomerado de salud,* definido como el conjunto de localidades y población que de acuerdo a una regionalización operativa están relacionadas geográfica y funcionalmente a una unidad de salud. Para este estudio, se seleccionará aleatoriamente 100 conglomerados en siete entidades federativas: Estado de México, Morelos, Guerrero, Jalisco, San Luis Potosí, Sonora y Oaxaca. Estos conglomerados se parearán y aleatoriamente se seleccionarán para cada par, un control y un tratamiento. La intervención consiste en la promoción y afiliación intensiva al Seguro Popular, la acreditación de las unidades de salud ubicadas en los conglomerados tratamiento (figura 5.2). Entre las principales estrategias que habrán de seguir los estados para afiliar intensivamente se encuentran: barrido casa por casa, cambaceo, instalación de módulos adicionales y la promoción en lugares públicos.

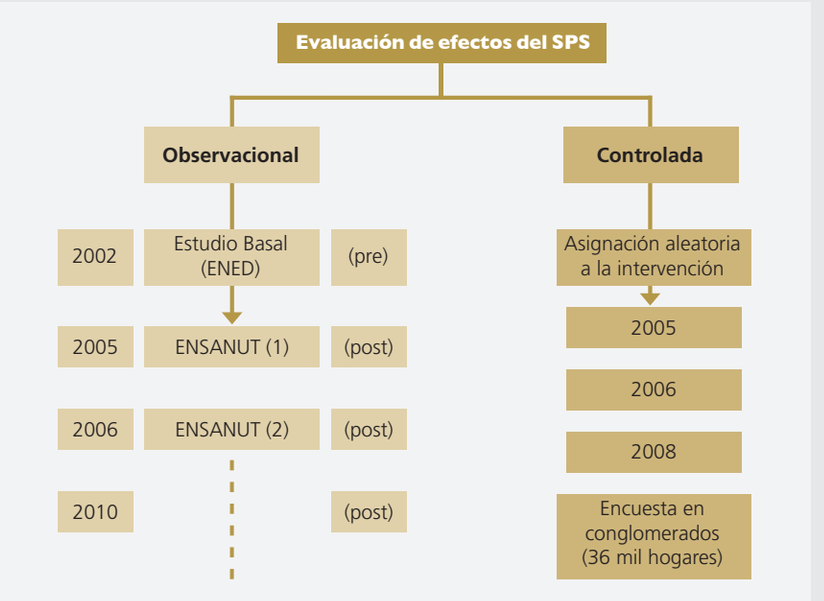
Recuadro 5.1 Tipos de evaluación de efectos

Las actividades de evaluación pueden, por su parte, dividirse en dos grandes áreas

1. la evaluación indirecta (observacional) del Seguro Popular de Salud y
2. la evaluación *ad hoc* externa (estudio controlado) del SPSS.

La evaluación indirecta es la que se lleva a cabo mediante el seguimiento de los indicadores básicos de desempeño de los Sistemas Nacional y Estatales de Salud, que incluyen indicadores de condiciones de salud, trato adecuado y protección financiera. Para la realización de esta evaluación se recurrirá a fuentes secundarias de información como la ENSA 2000, la ENED 2003, la ENSANUT 2005 y las ENIGH.

La evaluación *ad hoc* externa, que será coordinada por la DGED, será diseñada en sus detalles e implementada por una o varias agencias externas contratadas *ex profeso* de acuerdo con lo que señala la normatividad de la administración pública federal. Esta evaluación externa incluye varios componentes (financiero, de procesos y de efectos) y en algunos de ellos se contempla una medición basal en 2005 y una medición final en el año 2006.



Para la medición de los efectos del SPS, el diseño de la evaluación contempla dos mediciones: una basal y otra de seguimiento en los mismos hogares. La primera se realizó en agosto-septiembre de 2005 y la segunda se levantará en julio-agosto de 2006, dejando un periodo de exposición de 11 meses (figura 5.2).

Debido al corto lapso de intervención de la evaluación, que no podrá necesariamente mostrar efectos en las condiciones de salud, se realizará un estudio de evaluación ampliada en otras entidades federativas como: Chihuahua, Hidalgo, Quintana Roo, Durango, Nuevo León, Puebla, Veracruz y Michoacán. El ánimo de esta evaluación es encontrar conglomerados de salud control en donde los estados, en función de sus planes de afiliación, no empezarán las actividades de promoción y afiliación hasta después de 2008, con lo que se tendrá un periodo de exposición más prolongado para encontrar los efectos del SPS en todas las variables, incluyendo las condiciones de salud.

El diseño de esta evaluación estuvo a cargo del Instituto Ellison de la UH con la colaboración de la Secretaría y el INSP. La recopilación de la información primaria estuvo a cargo del INSP. El análisis de los datos es responsabilidad exclusiva del Instituto Ellison de la UH. Colaborarán como áreas de apoyo la DGIS, la DGPLADES, la DGCES, la DGIS, la CNPSS y los REPSS.

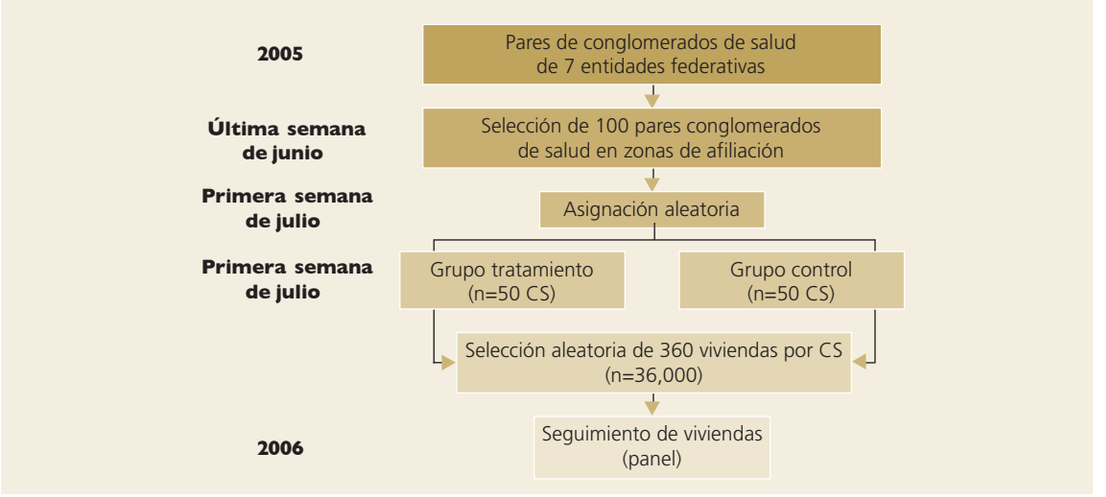
5.2 CARÁCTER EXTERNO DE LA EVALUACIÓN

Para garantizar el carácter externo de la evaluación, la Secretaría de Salud a través de la DGED, con apego a la

Evaluación de efectos

	Nivel del Estudio, Responsable y Producto
Nivel del estudio:	Conglomerados, estatal y nacional
Fuente de información:	Registros SPSS, registros del SINAIS, certificados de defunción, encuestas en hogares
Responsables:	UH
Productos:	Informe sobre evaluación de efectos (cobertura efectiva, condiciones de salud, trato adecuado y protección financiera)

Figura 5.2
Estudio comunitario controlado de la evaluación del SPSS



normatividad vigente de la administración pública, contrató a instituciones académicas de reconocido prestigio para la realización de los diferentes componentes de la evaluación. En este sentido, se firmaron convenios de colaboración con la UH, el INSP y el CIDE.

Asimismo, se conformó un grupo de expertos en política social y encuestadores con el propósito de revisar el diseño de la evaluación, los instrumentos, las estrategias de análisis y los resultados.

Finalmente, los documentos técnico-metodológicos, los informes de resultado y sobre todo las bases de datos serán puestos a disposición de las entidades federativas, investigadores, legisladores y público en general interesado en la evaluación del SPSS en el portal de internet de la DGED.

SEIS.

Prospectiva

La creación del SPSS representa un paso significativo en la adecuación de nuestro sistema de salud para promover la cobertura universal del aseguramiento en salud y con ello mayor equidad en el financiamiento. Sin embargo, más allá de los retos que enfrenta el SPSS en términos de su instrumentación y consolidación, su papel y evolución a futuro deben analizarse de manera prospectiva y considerando una visión más amplia del Sistema Nacional de Salud y sus objetivos. En ese sentido, es necesario retomar como premisa los objetivos del Sistema Nacional de Salud y de aquellas funciones que debe realizar para lograrlos.

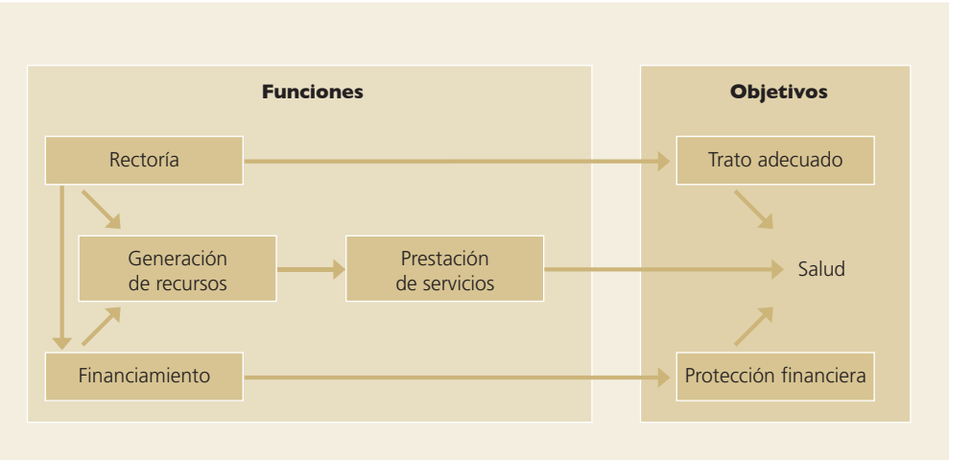
Como se muestra en la figura 6.1, el objetivo último de todo sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de la población. Sin embargo, existen otros dos objetivos que también se consideran intrínsecos a todo sistema de salud: garantizar el trato adecuado y protección financiera a toda la población. Para lograr estos objetivos los sistemas realizan cuatro funciones básicas: rectoría, financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos.

El aseguramiento universal en salud es una forma de financiar la salud que permite dar protección financiera a toda la población y con ello, eliminar las barreras económicas que enfrentan los hogares para acceder a los servicios. En la medida en que facilita el acceso a los servicios, coadyuva al logro de mejorar las condiciones de salud.

En ese sentido, la creación del SPSS debe entenderse como un paso hacia la consecución de los objetivos del Sistema Nacional de Salud y no como un fin en sí mismo. De esta manera, la reforma del 2003 sienta las bases para los cambios subsecuentes que puedan darse en el sistema de salud.

Entendida como un paso intermedio, la creación del SPSS no implica que a través de él se resolverán todos los problemas del sistema de salud. Bajo esta óptica, es posible identificar una serie de elementos que requerirán –en su momento- ser abordados como parte de una estrategia de largo plazo que nos permita alcanzar un sistema de salud universal. Algunos de estos elementos se listan a continuación.

Figura 6.1
Relación entre funciones y objetivos de los sistemas de salud



Fuente: Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, Organización Mundial de la Salud.

i) Eliminación de las inequidades existentes en infraestructura en las entidades federativas y el equilibrio entre la oferta y la demanda de recursos humanos en salud

Si bien la creación del SPSS permite tener un marco legal, operativo y financiero para mejorar la calidad e incrementar la oferta de los servicios cubiertos, las inequidades provenientes del rezago en inversión para infraestructura persistirán por varias décadas.

Por otra parte, la generación de recursos humanos para hacer frente a la demanda de servicios cubiertos por el SPSS requiere de medidas que permitan garantizar una adecuada oferta de profesionales de la salud, a la vez que sea posible satisfacer las expectativas laborales de los profesionales de la salud. Entre estas medidas está la vinculación entre las políticas de contratación y prestación de servicios con las tendencias en materia de formación de recursos humanos en las universidades y centros acreditados para formar profesionales de la salud.

En particular, los recursos humanos especializados para la atención de los servicios cubiertos por el FPGC adolecen de un gran rezago, por lo que se deberá recurrir a opciones de contratación flexible en las mejores condiciones posibles para hacer frente a la creciente demanda en el futuro próximo, ya que no se contempla incrementar el número de plazas de base a nivel federal o estatal. Paralelamente, se deberá incentivar y encauzar a las nuevas generaciones de personal médico, paramédico y de enfermería para cubrir en el mediano y largo plazo la demanda que se registre en el SPSS.

ii) Vinculación del SPSS con la seguridad social y otros tipos de protección social

El SPSS deberá desarrollar mecanismos que permitan captar y cubrir a todos los miembros de una familia que transite del sector asalariado al no asalariado y viceversa sin que dicha familia se vea desprotegida en el caso de una contingencia en salud. Entre dichos mecanismos deberán mejorarse tanto el sistema de información relacionada con los afiliados al SPSS como el sistema de afiliados a los servicios de seguridad social de todo el país. Dicha mejora en la información deberá conjuntarse con la automatización en el acceso para el proceso de seguimiento de los afiliados.

Es importante enfatizar que el SPSS sienta un precedente para la creación y generación de otras coberturas sociales que los no asalariados demandan, como son los casos de cobertura por fallecimiento del titular y/o sostén de la familia, así como cobertura para el retiro de la actividad laboral. Las coberturas, desde su concepción y durante su implantación deberán contar tanto con un marco legal como con evidencia robusta de solvencia financiera e infraestructura para su operación. Además dichas coberturas deberán permitir la compatibilidad, y en su caso la portabilidad de derechos, entre los asalariados y los no asalariados, para que en el mediano plazo se pueda contar con un sistema consolidado de protección social en un contexto más amplio que el de la salud.

iii) Reordenamiento de fuentes presupuestales e implicaciones fiscales

La reforma establece las bases para una asignación de recursos consistente con las diferentes funciones del sistema de salud y con los diferentes tipos de bienes y servicios de la salud. Esta distinción requiere que las fuentes de financiamiento y las reglas para la asignación de recursos sean congruentes con la naturaleza del bien que se está financiando (ver sección 3.1).

Los bienes públicos de la salud nacionales y regionales, deben seguir una lógica presupuestal clásica sustentada en impuestos generales. El mecanismo de financiamiento requiere, entre otras características, que los recursos conserven su naturaleza federal con especificación del objeto del gasto y que su ejecución sea realizada por la Secretaría de Salud. El ramo 12 contiene estas condiciones y permite el uso de reglas de operación como mecanismo para el control y la rendición de cuentas sobre los recursos que se transfieren a las entidades federativas, cuando éstas participan en acciones en este rubro bajo la coordinación de la Secretaría de Salud.

Los bienes públicos locales reciben actualmente los recursos para su financiamiento a través de la proporción del FASSA correspondiente a los servicios de salud a la comunidad y aquéllos que las entidades federativas destinan de sus haciendas propias. Sin embargo, al responder a características epidemiológicas y poblacionales particulares de cada entidad, sería conveniente que los recursos para su financiamiento se integraran al ramo 28 "Participaciones a entidades federativas y municipios", en función de la población por entidad federativa. La fiscalización de estos recursos correspondería en ese caso a los congresos locales.

Los servicios de salud a la persona requieren un financiamiento con base en la demanda, por lo que es necesario que la porción de los recursos del FASSA que se contabilizan como parte de la ASF y los adicionales que actualmente se canalizan a través del ramo 12 para cubrir los montos por ASF complementaria y CS, se distribuyan mediante un mecanismo o ramo único y diferente al ramo 12. Este mecanismo podría ser un ramo independiente o bien el ramo 19 que actualmente es utilizado para canalizar la cuota que aporta el gobierno federal para financiar la atención médica de las familias derechohabientes del IMSS. La transparencia, control y supervisión del manejo de estos recursos deberá realizarse conforme a lo dispuesto en los artículos 77 bis 31 y 77 bis 32 de la LGS.

Reubicar los recursos como se ha planteado, implicará revisar y adecuar las estructuras programáticas de los ramos correspondientes. Ubicar en un mismo ramo el financiamiento federal de la cuota social para finan-

Figura 6.2
Evolución del gasto público en salud para población no derechohabiente de la seguridad social

p/ Cifras proyectadas.
Fuente: Elaborado por la Unidad de Análisis Económico. Cifras estimadas con base en información de la Dirección General de Información en Salud para el periodo 2001 a 2005, el PEF aprobado para el ejercicio 2006 y proyecciones 2007-2010.
Nota: El gasto público en salud para población no derechohabiente de la seguridad social incluye los recursos de: ramo 12, FASSA del ramo 33, gasto estatal e IMSS-Oportunidades.

ciar la atención médica del SPSS con la aportación equivalente aportada para los cotizantes de la seguridad social, facilitaría la compatibilidad y la portabilidad de derechos en salud entre la población derechohabiente de la seguridad social y la beneficiaria del Seguro Popular. Lo anterior requeriría fortalecer la coordinación en los reportes de información sobre afiliación para mejorar el seguimiento y la congruencia de la asginación de los recursos.

Por otra parte, el cumplimiento de las disposiciones legales sobre el financiamiento del SPSS implica un mayor compromiso de gasto público en la medida en que se incremente la población afiliada. La reforma prevé un esquema gradual de cobertura universal que permite dispersar a lo largo de un periodo de siete años los incrementos necesarios en este gasto.

En la figura 6.2 se muestra la evolución esperada en el gasto público en salud para población no derechohabiente de la seguridad social. En términos reales, el gasto total aumentaría de tal manera que también se espera un incremento importante en el gasto per cápita, aún considerando el crecimiento poblacional esperado.

La gradualidad del impacto sobre el gasto público prevista en la reforma a la LGS puede resultar insuficiente dadas las presiones crecientes en diversos rubros y frente al margen escaso de las haciendas federal y estatales para redistribuir sus ingresos entre los diversos sectores de gasto público. Esto requerirá en el mediano plazo, revisar la situación fiscal a nivel federal y estatal y analizar las perspectivas para aumentar los ingresos fiscales.

Adicionalmente, puede esperarse que los cambios demográficos y epidemiológicos repercutan en los costos de los bienes y servicios de salud en una proporción mayor al incremento inflacionario, por lo que en un mediano plazo será necesario revisar los montos de las aportaciones establecidas en la LGS.

Bibliografía

Barraza-Lloréns M, Bertozzi S, González-Pier E, Gutiérrez JP. Addressing inequity in health and health care in Mexico. Health Affairs 2002; 21(3): 47-56.

26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, Septiembre de 2002.

Comité Técnico sobre la Medición de la Pobreza, *Nota Técnica para la medición de la pobreza con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2002*, Secretaría de Desarrollo Social, México, 2003.

Consejo de Salubridad General, *Convenio general de colaboración interinstitucional en materia de prestación de servicios de salud*, 14 de marzo de 2003.

Consejo de Salubridad General, *Definición de tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades con gastos catastróficos para el Sistema de Protección Social en Salud*, Sesión Ordinaria del 10 de Diciembre de 2003, documento principal, anexos I y II, 2003.

Frenk J, Gómez-Dantés O. Globalization and the Challenges to Health Systems Health Affairs 2002; 21(3):160-165

Frenk J, Lozano R, González-Block MA et al. *Economía y Salud: propuestas para el avance del sistema salud en México*. Informe final. México D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

Knaul F, Frenk J. Health Insurance in México: Achieving Universal Coverage Through Structural Reform. Health Affairs 2005; 24(6):1467-1476.

Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2000,* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000.

Secretaría de Salud, Cobertura efectiva del Sistema de Salud en México 2000-2003. Méxio, D.F. 2006

Secretaría de Salud, *Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, Diario Oficial de la Federación, viernes 4 de julio de 2003.

Secretaría de Salud, *Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas,* Primera Edición, México, D.F.: SSA, 2003.

Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud. *La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud,* México, D.F.: Secretaría de Salud, 2001.

Seguro Popular de Salud, *Estimación del costo de producción de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento médico*. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2003.

Seguro Popular de Salud, *Modelo médico*, primera versión, México, D.F.: Secretaría de Salud, Septiembre 2002.

Sistema de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación, *Marco Metodológico para la Definición del Régimen no Contributivo y Cuotas Familiare*s, México, D.F.: Secretaría de Salud, Diciembre 2003.

Sistema de Protección Social en Salud, Dirección General de Financiamiento, *Plataforma Tecnológica Integral*, México, D.F.: Secretaría de Salud, Diciembre 2003.

Subsecretaría de Innovación y Calidad, *Lineamientos para la evaluación del Sistema de Protección Social en Salud*, México, D.F.: Secretaría de Salud, Octubre 2003.

Subsecretaría de Innovación y Calidad, *Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud*, Síntesis ejecutiva y documento principal, México, D.F.: Secretaría de Salud, Octubre 2003.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, *Lineamientos para la Seguridad en Salud*, México, D.F.: Secretaría de Salud, Marzo 28, 2003.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, *Servicios de Salud a la Comunidad*, Presentación a la Academia Mexicana de Medicina, Secretaría de Salud, Febrero 2004.

Anexos Técnicos

AT. 1
CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD (CAUSES) DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD VIGENTE EN 2006

1.Vacuna oral tipo Sabin (contra poliomielitis)

Descripción
Se aplica a todo niño menor de cinco años de edad a los dos, cuatro y seis meses de edad y durante las dos primeras Semanas Nacionales de Salud hasta los cuatro años. Deben registrarse las acciones en la Cartilla Nacional de Vacunación.

CIE - 9 - MC
99.41 Administración de vacuna contra la poliomielitis

Medicamentos
3802 Vacuna Sabin. Frasco gotero con 20 dosis

Normatividad
NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano

2.Vacuna pentavalente DPT, HB, HIB (contra difteria, tos ferina,tétanos, hepatitis B e infección invasiva por H. Influenzae b)

Descripción
Se aplica a los 2, 4 y 6 meses de edad y dos dosis de refuerzo con DPT a los 2 y 4 años de edad. Deben registrarse las acciones en la Cartilla Nacional de Vacunación.

CIE - 9 - MC
99.391 Administración de vacuna pentavalente (DPT, HB, Hib)

Medicamentos
3823 Vacuna pentavalente unidosis, dos frascos ámpula: uno contiene la vacuna contra Haemophilus infuenzae b en forma liofilizada, el otro es una suspensión de 0.5 ml de la vacuna DPT y de antígeno de superficie recombinante del virus de la hepatitis B

Normatividad
NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano

3.Vacuna DPT (contra difteria, tos ferina y tétanos)

Descripción
Se aplica a los 2, 4 y 6 meses de edad y dos dosis de refuerzo con DPT a los 2 y 4 años de edad. Deben registrarse las acciones en la Cartilla Nacional de Vacunación.

CIE - 9 - MC
99.392 Administración de vacuna DPT

Medicamentos
Vacuna DPT. Difteria, Pertussis y Tétanos (vacuna triple, contra la difteria, la tosferina y el tétanos). Frasco ámpula de 0.5 ml con 10 dosis

Normatividad
NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano

4.VacunaTD (contra difteria y tétanos)

Descripción
La vacuna Td se presenta en forma líquida, en frasco ámpula de cristal transparente, que corresponde a 0.5 ml cada una. La dosis es de 0.5 ml y se aplica como refuerzo a los niños y niñas a partir de los 12 años de edad. Las personas no vacunadas o con esquema incompleto de vacuna pentavalente o DPT, recibirán al menos dos dosis con intervalo de cuatro a ocho semanas entre cada una y revacunación a los diez años. En las mujeres de 12 a 45 años de edad se deben aplicar dos dosis. Iniciar con una dosis de 0.5 ml y aplicar la segunda dosis con intervalo de 4 a 8 semanas posterior a la primera. La embarazada, si tiene dosis previas, se debe aplicar una dosis por cada embarazo hasta completar cinco dosis y revacunación a los diez años. En el caso de las embarazadas que no cuenten con dosis previas, iniciarán el esquema durante el primer contacto con los servicios de salud o lo más pronto posible durante el embarazo. Deben registrarse las acciones en las Cartillas Nacionales de Salud de acuerdo a la edad y género de la persona.

CIE - 9 - MC
99.391 Administración de vacuna combinada de difteria-tétanos.

Medicamentos
3810 Vacuna Td frasco 5 ml, 10 dosis

Normatividad
NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano

5.Vacuna triple viral SRP (contra sarampión, rubéola y parotiditis)

Descripción

La vacuna triple viral se aplica a los 12 meses y a los 6 años de edad. Deben registrarse las acciones en la Cartilla Nacional de Vacunación.

CIE - 9 - MC

99.48 Administración de vacuna contra sarampión-parotiditis-rubéola.

Medicamentos

3820 Vacuna triple viral SRP Frasco de vacuna liofilizada unidosis acompañada de una ampolleta con diluyente de 0.5 ml

Normatividad

NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano

6.Vacuna BCG (contra tuberculosis)

Descripción

La vacuna se presenta en una ampolleta ámbar de 1 mg de liofilizado (10 dosis) y 1 ampolleta con 1 ml de solución salina isotónica inyectable (diluyente). Existen varios tipos de frascos dependiendo del fabricante. Se aplica a todos los recién nacidos con peso mayor a dos kilogramos o en los menores de 14 años que no hayan sido vacunados o no se compruebe la vacunación. Deben registrarse las acciones en la Cartilla Nacional de Vacunación.

CIE - 9 - MC

99.33 Vacunación contra tuberculosis

Medicamentos

3801 Vacuna BCG ampolleta con 10 dosis

Normatividad

NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano

7. Inmunización contra neumococo para niños de 6 a 35 meses de edad y adultos mayores de 60 años

Descripción

La vacuna antineumocóccica se aplica a niños de 6 a 35 meses de edad y adultos mayores de 60 años, una dosis única por vía subcutánea con un refuerzo a los 5 años.

CIE - 9 - MC

99.551 Vacunación contra neumococo (Streptoccocus pneumonie)

Medicamentos

0145 Vacuna Antineumocóccica vial de 5 ml Frasco con 10 dosis

8. Inmunización contra influenza para adultos mayores de 60 años

Descripción

La inmunización contra influenza se aplica a adultos mayores de 60 años, una vez al año por vía intramuscular.

CIE - 9 - MC

99.52 Vacunación profiláctica contra influenza

Medicamentos

3822 Vacuna para influenza ampolleta c/10 dosis

9. Diagnóstico y consejería del alcoholismo

Descripción

Dirigido a toda la población con problemas de alcoholismo, esta intervención pretende a través del apoyo psicológico y consejería formar grupos de autoayuda y estimular la participación en programas específicos como Alcohólicos Anónimos (AA).

CIE - 9 - MC

94.46 Asesoramiento sobre alcoholismo

Normatividad

NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones

Consejería

Incluye un promedio de 12 sesiones

10. Diagnóstico y consejería de tabaquismo en adolescentes

Descripción

Estas intervenciones están dirigidas a los adolescentes. El diagnóstico se realiza a través de la aplicación de un algoritmo de intervención médica durante la

Normatividad

NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones

continúa/

/continuación

consulta rutinaria y se envía el paciente a los servicios de salud mental para la atención integral (médica y psicológica). La consejería se organiza en grupos de cinco personas dirigidas por psicoterapeutas.

CIE - 10

Z716 Consulta para asesoría por abuso de tabaco

Consejería

Incluye un promedio de 6 sesiones

11. Detección de tuberculosis

Descripción

La detección se efectúa en la unidad de salud con búsqueda de pacientes sintomáticos (personas mayores de 15 años con tos y expectoración), mediante el estudio de baciloscopía en serie de tres. El cultivo de secreción será aplicado en caso de fracaso o recaída de tratamiento previo. El tratamiento será de acuerdo a la normatividad vigente y estará a cargo del programa estatal correspondiente.

CIE - 10

Z111 Examen de pesquisa especial para tuberculosis respiratoria.

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Baciloscopía serie de 3
Rx de tórax
Cultivo de exudado o expectoración
Tuberculina PPD

Normatividad

NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud

12. Detección de trastornos por déficit de atención

Descripción

Esta intervención está dirigidas a niñas y niños. El diagnóstico se realiza con el interrogatorio y la historia clínica y se envía el paciente a los servicios de salud mental para su atención integral.

CIE - 10

F90 Trastornos hipercinéticos
F900 Perturbacion de la actividad y de la atención.

Consejería

Incluye un promedio de 6 sesiones

13. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria

Descripción

Esta intervención está dirigida principalmente a adolescentes y el diagnóstico incluye un buen interrogatorio e historia clínica. Debe enviarse al paciente a los servicios de salud mental para su atención integral.

CIE - 10

F50 Trastornos de la ingestión de alimentos
F500 Anorexia nerviosa
F502 Bulimia nerviosa
F508 Otros trastornos de la ingestión de alimentos

Consejería

Incluye un promedio de 6 sesiones

14. Examen médico completo para mujeres mayores de 40 años de edad (incluye estudios generales y detecciones de VIH/SIDA, cáncer de colon, cáncer de mama y cáncer cérvicouterino)

Descripción

La finalidad de esta intervención es hacer un tamizaje que detecte enfermedades susceptibles de ser controladas en etapa temprana y que sean más fácilmente manejables tanto desde un punto de vista médico como de un punto de vista costo-efectivo. El examen físico debe comprender la realización de historia clínica con exploración física completa y los auxiliares deben incluir la detección de enfermedades como VIH/SIDA (prueba de Elisa), patología

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática completa
Hemoglobina glucosilada en sangre total capilar o venosa (equipo portátil)
Perfil de lípidos (HDL, LDL, triglicéridos y glucosa)
Sangre oculta en heces
Mastografía
Densitometría ósea

continúa/

/continuación

maligna de alta incidencia (cáncer cervico uterino, cáncer de mama y cáncer de colon) y enfermedades crónico-degenerativas como hipertensión arterial (registro de presión arterial), diabetes mellitus (hemoglobina glucosilada) y dislipidemia (perfil de lípidos). Se apoya con estudios de gabinete y análisis de laboratorio. Este examen se deberá realizar a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud y que se encuentren en el rango de 40 a 49 años de edad.

CIE - 10

Z00.0 Examen médico general

Citología cervical (tinción de Papanicolaou)
Prueba de Elisa para VIH

15. Examen médico completo para hombres mayores 40 años de edad (Incluye estudios generales y detecciones de VIH/SIDA, cáncer de colon y cáncer de próstata)

Descripción

La finalidad de esta intervención es hacer un tamizaje que detecte enfermedades susceptibles de ser controladas en etapa temprana y que sean más fácilmente manejables tanto desde un punto de vista médico como de un punto de vista costo-efectivo. El examen físico debe comprender la realización de historia clínica con exploración física completa y los auxiliares deben incluir la detección de enfermedades como VIH/SIDA (prueba de Elisa), patología maligna de alta incidencia (cáncer de colon y cáncer cervicouterino) y enfermedades crónico-degenerativas como Hipertensión Arterial (toma de presión arterial), Diabetes Mellitus (hemoglobina glucosilada) y Dislipidemia (perfil de lípidos). Se apoya con estudios de gabinete y análisis de laboratorio. Este examen se deberá realizar a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud y que se encuentren en el rango de 40 a 49 años de edad.

CIE - 10

Z00.0 Examen médico general

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática completa
Hemoglobina glucosilada en sangre total capilar o venosa (equipo portátil)
Perfil de lípidos (HDL, LDL, triglicéridos y glucosa)
Sangre oculta en heces
Antígeno prostático específico
Prueba de Elisa para VIH

16. Línea de vida: acciones preventivas para niñas, niños y adolescentes

Descripción

Esta intervención incluye historia clínica y examen físico completo. Se otorga con la finalidad de proporcionar la Cartilla Nacional de Salud para niñas, niños y adolescentes iniciando al asegurado en los programas de prevención y promoción a la salud. Las acciones preventivas se especifican en las Cartillas de Salud y son responsabilidad de los programas federales vigentes.

CIE - 10

Z00.0 Examen médico general

Cartillas

Cartilla Nacional de Salud de las Niñas, Niños y Adolescentes

17. Línea de vida: acciones preventivas para la mujer

Descripción

Esta intervención incluye historia clínica y examen físico completo. Se otorga con la finalidad de proporcionar la Cartilla Nacional de Salud para la mujer iniciando a la asegurada en los programas de prevención y promoción a la salud. Las acciones preventivas se especifican en las Cartillas de Salud y son responsabilidad de los programas federales vigentes.

CIE - 10

Z00.0 Examen médico general

Cartillas

Cartilla Nacional de Salud de la Mujer de 20 a 59 años de edad

18. Línea de vida: acciones preventivas para el hombre

Descripción

Esta intervención incluye historia clínica y examen físico completo. Se otorga con la finalidad de proporcionar la Cartilla Nacional de Salud para el hombre iniciando al asegurado en los programas de prevención y promoción a la salud. Las acciones preventivas se especifican en las Cartillas de Salud y son responsabilidad de los programas federales vigentes.

CIE - 10

Z00.0 Examen médico general

Cartillas

Cartilla Nacional de Salud del Hombre de 20 a 59 años de edad

19. Línea de vida: acciones preventivas para el adulto mayor

Descripción

Esta intervención incluye historia clínica y examen físico completo. Se otorga con la finalidad de proporcionar la Cartilla Nacional de Salud para el adulto mayor iniciando al asegurado en los programas de prevención y promoción a la salud. Las acciones preventivas se especifican en las Cartillas de Salud y son responsabilidad de los programas federales vigentes.

CIE - 10

Z00.0 Examen médico general

Cartillas

Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor

20. Atención médico-psicológica de la violencia familiar y sexual

Descripción

Incluye atención en urgencias, anticoncepción de emergencia y pruebas de detección de Infecciones de Transmisión Sexual en su caso. Debe enviarse al paciente a los servicios de salud mental para su atención integral. Incluye 9 a 12 sesiones de terapia psicológica individual.

CIE - 10

T74 Síndromes del maltrato
T741 Abuso Físico
T742 Abuso Sexual
T743 Abuso Psicológico
T748 Otros síndromes del maltrato

Medicamentos

2210 Levonorgestrel. Caja con 2 comprimidos de 750 mg.

Auxiliares de diagnóstico

Rx de tórax, abdomen o cráneo

21. Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropriva

Descripción

Más frecuente en mujeres en edad fértil y durante el embarazo. Se define como el estado clínico que se acompaña de valores de hemoglobina inferiores a 10-11.5 en mujeres y 12.5-13.8 en hombres. La anemia ferropénica es una anemia microcíticaa hipocrómica secundaria a carencia de hierro para la síntesis de hemoglobina. La sintomatología incluye palidez de tegumentos, fatiga, irritabilidad, debilidad, dificultad respiratoria, lengua dolorida, uñas quebradizas, disminución del apetito y cefalea frontal. En algunos pacientes se observa "pica" o deseo de comer sustancias extrañas (madera, tierra, hielo). Se programa una consulta de seguimiento y tratamiento con sulfato ferroso.

CIE - 10

D50 Anemia por deficiencia de hierro

Medicamentos

1703 Sulfato ferroso, tabletas 200 mg c/30
1704 Sulfato ferroso, solución oral 125 mg/ml. Gotero con 15 ml

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Frotis de sangre periférica

22. Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes

Descripción

Se otorgan de tres a cinco consultas mensuales de medicina general para establecer un programa de alimentación de acuerdo a la edad y peso. En caso de desnutrición se incluyen complementos vitamínicos por un promedio de 90 días.

CIE - 10

E66 Obesidad
E44 Desnutricion proteico-calórica de grado moderado y leve
E43 Desnutricion proteico-calórica severa

Medicamentos

2707 Ácido ascórbico. 20 tabletas 100 mg.
4376 Polivitaminas y minerales. 30 tabletas, grageas o cápsulas.
2191 Vitamina A. 40 cápsulas 50,000 UI.

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática

23. Diagnóstico y tratamiento de rubéola

Descripción

Intervención dirigida a niños inmunocompetentes. El diagnóstico se lleva a cabo a través del interrogatorio y la sintomatología, lo que permite hacer el diferencial. Se proporciona tratamiento sintomático y se recomiendan medidas generales. Se cubre el manejo hospitario en caso de presentarse complicaciones.

CIE - 9 - MC

B069 Rubéola

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml, frasco15 ml

24. Diagnóstico y tratamiento de sarampión

Descripción

Intervención dirigida a niños inmunocompetentes. El diagnóstico se lleva a cabo a través del interrogatorio y la sintomatología, lo que permite hacer el diferencial. Se proporciona tratamiento sintomático y se recomiendan medidas generales. Se cubre el manejo hospitario en caso de presentarse complicaciones.

CIE - 9 - MC

B059 Sarampión

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml, frasco15 ml

25. Diagnóstico y tratamiento de varicela

Descripción

Intervención dirigida a niños inmunocompetentes. El diagnóstico se lleva a cabo a través del interrogatorio y la sintomatología, lo que permite hacer el diferencial. Se proporciona tratamiento sintomático y se recomiendan medidas generales. Se cubre el manejo hospitario en caso de presentarse complicaciones.

CIE - 9 - MC

B019 Varicela

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml, frasco15 ml

26. Diagnóstico y tratamiento de amigdalitis aguda

Descripción

El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico, los antecedentes epidemiológicos y la exploración física. El cultivo de exudado puede ser utilizado como apoyo de laboratorio. El tratamiento promedio es por 7 días y se programa una visita de seguimiento al finalizar el tratamiento.

CIE - 10

J03 Amigdalitis aguda

Medicamentos

1923 Bencilpenicilina procaínica/bencilpenicilina cristalina, Susp. Inyec. 300,000 UI/100,000 UI
1924 Bencilpenicilina procaínica/bencilpenicilina cristalina, Susp inyec 600,000 UI/200,000 UI
1925 Penicilina G. Benzatínica combinada. Ampolleta 1 200 000 UI
2510 Penicilina G. Procaínica. Ampolleta 400 000 UI

continúa/

/continuación

2127 Amoxicilina. Suspensión 250 mg con 75 ml
2128 Amoxicilina. Tabletas 500 mg, c/12
2129 Amoxicilina con ácido clavulánico. Suspensión 125 mg
1971 Eritromicina. Cápsulas de 250 mg c/20
1972 Eritromicina. Suspensión 125 mg, 120 ml
1904 Trimetoprim con sulfametoxazol. Suspensión 120 ml, (40mg/5 ml)
1903 Trimetoprim con sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20
0105 Paracetamol. Supositorios 300 mg
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml, frasco15 ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico

Cultivo de exudado o expectoración

Normatividad

NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño

27. Diagnóstico y tratamiento de faringitis aguda

Descripción

El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico, los antecedentes epidemiológicos y la exploración física. El cultivo de exudado puede ser utilizado como apoyo de laboratorio. El tratamiento promedio es por 7 días y se programa una visita de seguimiento al finalizar el tratamiento.

CIE - 10

J02 Faringitis aguda

Medicamentos

2127 Amoxicilina. Suspensión 250 mg con 75 ml
2128 Amoxicilina. Tabletas 500 mg, c/12
2129 Amoxicilina con ácido clavulánico. Suspensión 125 mg
1971 Eritromicina. Cápsulas de 250 mg c/20
1972 Eritromicina. Suspensión 125 mg, 120 ml
1923 Bencilpenicilina procaínica/bencilpenicilina cristalina, Susp. Inyec. 300,000 UI/100,000 UI
1924 Bencilpenicilina procaínica/bencilpenicilina cristalina, Susp. inyec. 600,000 UI/200,000 UI
1925 Penicilina G. Benzatínica combinada. Ampolleta 1 200 000 UI
2510 Penicilina G. Procaínica. Ampolleta 400 000 UI
1904 Trimetoprim con sulfametoxazol. Suspensión 120 ml, (40mg/5 ml)
1903 Trimetoprim con sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20
0105 Paracetamol. Supositorios 300 mg
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml, frasco15 ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico

Cultivo de exudado o expectoración

Normatividad

NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño

28. Diagnóstico y tratamiento de laringitis y traqueitis agudas

Descripción

El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico, los antecedentes y la exploración física. Este padecimento es de etiología viral por lo que el tratamiento es sintomático y se programa una visita de seguimiento al finalizar el tratamiento. Para los casos de urgencia se contempla manejo hospitalario.

CIE - 10

J04 Laringitis y traqueitis agudas

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20
0105 Paracetamol. Supositorios 300 mg
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml, frasco15 ml
0408 Clorfenamina (Clorfeniramina). Jarabe 0.5 mg/ml, envase de 60 ml
0402 Clorfenamina (Clorfeniramina). 20 tabletas de 4 mg
2144 Loratadina. Tabletas 10 mg, c/20
2145 Loratadina. Suspensión c/60 ml

Normatividad

NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño

29. Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa

Descripción

Complicación de una infección de vías aéreas superiores. Para su diagnóstico se incluye una buena anamnesis y exploración física del oído con otoneumoscopía. El tratamiento incluye varios esquemas de tratamiento de acuerdo a la evolución del cuadro clínico durante 10 días y una visita de seguimiento.

CIE - 10

H65 Otitis media no supurativa

Medicamentos

2127 Amoxicilina. Suspensión 250 mg con 75 ml
2128 Amoxicilina. Cápsulas 500 mg, c/12
2129 Amoxicilina/ácido clavulánico. Suspensión 125 mg
1972 Eritromicina. Suspensión 125 mg, 120 ml
1971 Eritromicina. Cápsulas de 250 mg c/20
1904 Trimetoprim/sulfametoxazol. Suspensión 120 ml, 40mg/5 ml
1903 Trimetoprim/sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30
1939 Cefalexina. Tabletas 500 mg c/20
4255 Ciprofloxacina. Tabletas 250 mg, c/8
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml, frasco15 ml

Normatividad

NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño

30. Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa

Descripción

Complicación de una infección de vías aéreas superiores. Para su diagnóstico se incluye una buena anamnesis y exploración física del oído con otoneumoscopía. El tratamiento incluye varios esquemas de tratamiento de acuerdo a la evolución del cuadro clínico durante 10 días y una visita de seguimiento. En caso necesario y a juicio del especialista puede realizarse timpanostomía con inserción de tubos de ventilación.

CIE - 10

H66 Otitis media supurativa y la no especificada

Medicamentos

2127 Amoxicilina. Suspensión 250 mg con 75 ml
2128 Amoxicilina. Cápsulas 500 mg, c/12
2129 Amoxicilina/ácido clavulánico. Suspensión 125 mg
1972 Eritromicina. Suspensión 125 mg, 120 ml
1971 Eritromicina. Cápsulas de 250 mg c/20
1904 Trimetoprim/sulfametoxazol. Suspensión 120 ml, 40mg/5 ml
1903 Trimetoprim/sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30
1939 Cefalexina. Tabletas 500 mg c/20
4255 Ciprofloxacina. Tabletas 250 mg, c/8
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml, frasco15 ml

Normatividad

NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño

31. Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda (Resfriado común)

Descripción

El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico, los antecedentes epidemiológicos y la exploración física. El tratamiento es sintomático.

CIE - 10

J00 Rinofaringitis aguda (resfriado común)

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20
0105 Paracetamol. Supositorios 300 mg
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml, frasco15 ml
0408 Clorfenamina (Clorfeniramina). Jarabe 0.5 mg/ml, envase de 60 ml
0402 Clorfenamina (Clorfeniramina). 20 tabletas de 4 mg
2144 Loratadina. Tabletas 10 mg, c/20
2145 Loratadina. Suspensión c/60 ml

Normatividad

NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño

32. Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda

Descripción

La sinusitis aguda es la inflamación de uno o varios de los senos paranasales. Habitualmente se presenta como una complicación de una infección respiratoria aguda. Los patógenos más comunes son Haemophilus influenza,

Medicamentos

2127 Amoxicilina. Suspensión 250 mg con 75 ml
2128 Amoxicilina. Cápsulas 500 mg, c/12
2129 Amoxicilina / ácido clavulánico. Suspensión 125 mg

continúa/

/continuación

Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis y bacterias anaerobias. El diagnóstico incluye un buen interrogatorio y una buena exploración de nariz, oídos, faringe y senos paranasales. Las radiografías de senos paranasales Cadwell, Waters y lateral ayudan al diagnóstico. El tratamiento es a base de antibióticos y se programan dos visitas de seguimiento.

CIE - 10

J01 Sinusitis aguda

1972 Eritromicina. Suspensión 125 mg, 120 ml
1971 Eritromicina. Cápsulas de 250 mg c/20
1904 Trimetoprim/sulfametoxazol. Suspensión 120 ml, 40mg/5 ml
1903 Trimetoprim/sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30
1939 Cefalexina. Tabletas 500 mg c/20
4255 Ciprofloxacina. Tabletas 250 mg, c/8
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml, frasco15 ml

Normatividad

NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño

Auxiliares de Diagnóstico

Rx de senos paranasales (Cadwell, Waters y lateral)
Cultivo de exudado o expectoración

33. Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis

Descripción

El diagnóstico se efectúa en base al cuadro clínico, los antecedentes y la exploración física de los ojos. Es de etiología viral, bacteriana o alérgica. Esta intervención incluye el tratamiento médico y una visita de seguimiento.

CIE - 10

H10 Conjuntivitis

Medicamentos

2823 Neomicina, polimixina B y gramicidina. Solución oftálmica 1.75 mg
2841 Prednisolona. Solución oftálmica 5 ml
4407 Tetracaína. Solución oftálmica 10 ml
2804 Nafazolina. Solución oftálmica 15 ml (1mg/ml)
2830 Aciclovir. Ungüento oftálmico 3 g/100 g, envase con 4.5 g

34. Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica

Descripción

El diagnóstico es clínico y el tratamiento sintomático. Algunos autores lo consideran como un padecimiento precursor del asma, por lo que su seguimiento debe ser vigilado cuidadosamente.

CIE - 10

J30 Rinitis alérgica y vasomotora

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml, frasco15 ml
0408 Clorfenamina (Clorfeniramina). Jarabe 0.5 mg/ml, envase de 60 ml
0402 Clorfenamina (Clorfeniramina). 20 tabletas de 4 mg
2144 Loratadina. Tabletas 10 mg, c/20
2145 Loratadina. Suspensión c/60 ml
0477 Beclometasona. Aerosol envase c/200 dosis

35. Diagnóstico y tratamiento del asma en adultos

Descripción

El diagnóstico puede apoyarse con espirometría y radiografía de tórax. Otros apoyos incluyen biometría hemática, inmunoglobulina E, coproparasitoscópico seriado, pHmetría y manometría esofágica. El tratamiento incluye diferentes esquemas. Se incluyen sesiones de inhaloterapia y atención en caso de urgencias. Los medicamentos son por un año.

CIE - 10

J45 Asma

Medicamentos

0611 Epinefrina (Adrenalina). Solución inyectable 1 mg (1:1000/ml) 50 Amp c/1 ml
0464 Cromoglicato sódico Aerosol, envase 16 g, 112 disparos
0429 Salbutamol. Aerosol 20 mg, c/200 disparos
0439 Salbutamol. Solución para nebuliz 5 mg/10 ml
0437 Teofilina. 20 comp, tabs o cáps de liberación prolongada 100 mg
2141 Betametasona. Ampolleta 4 mg, 1 ml
0477 Beclometasona. Aerosol envase c/200 dosis
2162 Bromuro de ipatropio. Aerosol 10 ml, 200 dosis

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Rx de tórax (posteroanterior, anteroposterior o lateral)
Espirometría
BAAR
Frotis de expectoración
Inmunoglobulina E sérica
Coproparasitoscópico (3 muestras)

36. Diagnóstico y tratamiento del asma en niños

Descripción

El diagnóstico puede apoyarse con espirometría y radiografía de tórax. Otros apoyos incluyen biometría hemática, inmunoglobulina E, coproparasitoscópico seriado, pHmetría y manometría esofágica. El tratamiento incluye diferentes esquemas. Se incluyen sesiones de inhaloterapia y atención en caso de urgencias. Los medicamentos son por un año.

CIE - 10

J45 Asma

Medicamentos

0611 Epinefrina (Adrenalina). Solución inyectable 1 mg (1:1000/ml) 50 Amp c/1 ml
0464 Cromoglicato sódico Aerosol, envase 16 g, 112 disparos
0429 Salbutamol. Aerosol 20 mg, c/200 disparos
0431 Salbutamol. Jarabe 2 mg/5 ml, envase con 60 ml
0439 Salbutamol. Solución para nebuliz 5 mg/10 ml
5075 Teofilina. Elíxir 533 mg/100 ml, envase con 450 ml
2141 Betametasona. Ampolleta 4 mg, 1 ml
0477 Beclometasona. Aerosol envase c/200 dosis
2162 Bromuro de ipatropio. Aerosol 10 ml, 200 dosis

Auxiliares de diagnóstico

Rx de tórax (posteroanterior, anteroposterior o lateral)
Espirometría
Frotis de expectoración
Biometría hemática
Inmunoglobulina E sérica
Coproparasitoscópico (3 muestras)

37. Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico

Descripción

El diagnóstico se establece en base al cuadro clínico, la exploración física y se apoya con estudios serológicos. Se incluyen auxiliares de diagnóstico y tratamiento ambulatorio para la variedad clásica.

CIE -10

A90 Fiebre del dengue (dengue clásico)

Medicamentos

3623 Electrolitos orales. Sobre 27.9 gr
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml, frasco15 ml

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Serología para dengue

38. Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de diarrea aguda

Descripción

Esta intervención consta de cuatro esquemas de tratamiento: (1) diarrea aguda sin deshidratación, (2) diarrea aguda con deshidratación, (3) diarrea aguda con choque por deshidratación y (4) diarrea aguda con sangre (disentería). Se utilizan tres esquemas de tratamiento A, B y C de acuerdo a la NOM. En el 2% de los casos y ante la sospecha de cólera, deberá realizarse la detección y su tratamiento profiláctico. Se incluye la posiblidad de hospitalización para los esquemas (3) y (4).

CIE - 10

A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso

Medicamentos

3623 Electrolitos orales. Sobre 27.9 gr
2127 Amoxicilina. Suspensión 250 mg con 75 ml
2128 Amoxicilina. Tabletas 500 mg, c/12
1972 Eritromicina. Suspensión 125 mg, 120 ml
1971 Eritromicina. Cápsulas de 250 mg c/20
1904 Trimetoprim con sulfametoxazol. Suspensión 120 ml, (40mg/5 ml)
1903 Trimetoprim con sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30
1954 Gentamicina. Solución inyectable de 80 mg
1955 Gentamicina. Solución inyectable de 20 mg
1309 Metronidazol. Ampolletas 200 mg

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Leucocitos en heces o moco fecal
Amiba en fresco
Coproparasitoscópico 3 muestras
Reacciones febriles
Coprocultivo

Normatividad

NOM-031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño
Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermedades Diarreicas, programa de atención a la salud del niño y adolescente
Manual de Niñas y Niños bien desarrollados

39. Diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis

Descripción

El interrogatorio, la exploración física y la presencia de síntomas sugestivos de la enfermedad acompañados por reacciones febriles apoyan el diagnóstico. La intervención incluye el tratamiento médico y consultas subsecuentes de seguimiento.

CIE -10

A014 Fiebre paratifoidea

A02 Otras infecciones debidas a salmonella

Medicamentos

1904 Trimetoprim con sulfametoxazol. Suspensión 120 ml, 40mg/5 ml

1903 Trimetoprim con sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20

0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml, frasco15 ml

4255 Ciprofloxacina. Tabletas 250 mg, c/8

Auxiliares de diagnóstico

Reacciones febriles

40. Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea

Descripción

El interrogatorio, la exploración física y la presencia de síntomas sugestivos de la enfermedad acompañados por reacciones febriles apoyan el diagnóstico. La intervención incluye el tratamiento médico y consultas subsecuentes de seguimiento.

CIE -10

A010 Fiebre tifoidea

Medicamentos

1904 Trimetoprim con sulfametoxazol. Suspensión 120 ml, 40mg/5 ml

1903 Trimetoprim con sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20

0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml, frasco15 ml

4255 Ciprofloxacina. Tabletas 250 mg, c/8

Auxiliares de diagnóstico

Reacciones febriles

41. Diagnóstico y tratamiento de gastroenteritis infecciosa

Descripción

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y los antecedentes. Pueden utilizarse diferentes esquemas de tratamiento dependiendo del agente etiológico.

CIE - 10

A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso

Medicamentos

3623 Electrolitos orales. Sobre 27.9 gr

1903 Trimetoprim/sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30

1904 Trimetoprim/sulfametoxazol. Suspensión 120 ml, (40mg/5 ml)

0106 Paracetamol. Gotas 100 mg/ml, frasco15 ml

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20

1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12

1972 Eritromicina. Suspensión 125 mg, 120 ml

1971 Eritromicina. Cápsulas de 250 mg c/20

1940 Doxiciclina. Cápsulas de 100 mg, c/10

3112 Difenidol. Solución inyectable 40 mg

3111 Difenidol. Tabletas 25 mg

Auxiliares de diagnóstico

Coproparasitoscópico 3 muestras

Reacciones febriles

42. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TAES)

Descripción

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, los antecedentes y se apoya con auxiliares de diagnóstico. El tratamiento se basa en el esquema de Tratamiento Acortado y Estrictamente Supervisado (TAES), seguimiento y curación de pacientes con tuberculosis, mismo que ha sido determinado por la Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud.

CIE - 10

A15 Tuberculosis respiratoria confirmada bacteriologica e histológicamente

Medicamentos

2403 Estreptomicina. Un frasco ámpula 1g y agua inyectable con 2 ml

2404 Isoniazida. 200 tabletas 100 mg

2405 Etambutol. 50 tabletas 400 mg

2409 Rifampicina. 1,000 cápsulas o comprimidos 300 mg

2413 Pirazinamida. 50 tabletas 500 mg

2414 Rifampicina, isoniazida y pirazinamida. 240 tab o grag 150 mg/75 mg/400 mg

2415 Isoniazida y rifampicina. 120 comprimidos o cápsulas 200 mg/150 mg

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática

Baciloscopía serie de 3

Rx de tórax

Cultivo de exudado o expectoración

43. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis fármacorresistente (TAES-PLUS)

Descripción

Este tratamiento está indicado en los casos de tuberculosis fármacorresistente. El manejo TAES-PLUS incluye una fase intensiva durante 90 días y tratamiento durante el resto del año, además se contemplan los medicamentos de elección para las complicaciones más frecuentes. Aunque el esquema TAES-PLUS recomienda el uso de etionamida, ésta última no está incluida por no cumplir el criterio de estar dentro del Cuadro Básico de Medicamentos aprobado por el Consejo de Salubridad General.

CIE - 10

A15 Tuberculosis respiratoria confirmada bacteriologica e histológicamente

Medicamentos

2413 Pirazinamida. 50 tabletas 500 mg
1242 Metoclopramida. 20 tabletas 10 mg
0804 Óxido de zinc (pasta de lassar) 25 g/100 g Envase con 30 g
1233 Ranitidina. 20 tabletas o grageas 150 mg
3251 Haloperidol. 20 tabletas 5 mg
0525 Fenitoína sódica. 50 tabletas 100 mg
4255 Ciprofloxacino. 8 tabletas o cápsulas 250 mg
4299 Levofloxacino (sólo en tuberculosis). 7 tabletas de 500 mg
4261 Ofloxacino (sólo en tuberculosis). 6, 8 ó 12 tabletas de 400 mg
Amikacina. Solución inyectable 1000 mg
Capreomicina
Cicloserina
Etionamida

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Baciloscopía serie de 3
Rx de tórax
Cultivo de exudado o expectoración
Pruebas de funcionamiento hepático

44. Diagnóstico y tratamiento del herpes zoster

Descripción

Está intervención está dirigida a las infecciones por el virus del herpes zóster. El diagnóstico es clínico y se incluyen medicamentos para analgesia y antivirales.

CIE - 10

B02 Herpes zóster

Medicamentos

0104 Paracetamol (acetaminofén) 10 tabletas de 500 mg
3407 Naproxeno 30 tabletas de 250 mg
4263 Aciclovir 25 comprimidos de 200 mg

45. Diagnóstico y tratamiento de candidiasis

Descripción

Está intervención está dirigida hacia la enfermedad de transmisión sexual causada por Candida albicans. Su diagnóstico depende de la historia clínica, exploración física y del laboratorio. Se incluyen exámenes de laboratorio, tratamiento y una consulta de seguimiento.

CIE - 10

B37 Candidiasis

Medicamentos

1566 Nistatina. Tabletas vaginales c/28
1561 Metronidazol. 10 Óvulos/tabletas vaginales 500mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
2018 Itraconazol. 15 Cápsulas de 100 mg

Auxiliares de diagnóstico

Cultivo de exudado cérvico vaginal
Cultivo de exudado uretral

Normatividad

NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual

46. Diagnóstico y tratamiento de gonorrea

Descripción

Es una enfermedad muy contagiosa llamada también blenorragia o gonococcia. El diagnóstico depende de la historia clínica, exploración física y del laboratorio. El tratamiento es a base de antibióticos. Se incluyen exámenes de laboratorio, tratamiento y una consulta de seguimiento.

CIE - 10

A54 Infección gonocócica

Medicamentos

1921 Penicilina sódica cristalina. Fco. Ámpula 1 000 000 UI
1925 Penicilina G. Benzatínica. Ampolleta 1,200 000 UI
4255 Ciprofloxacino. 8 tabletas o cápsulas 250 mg
1940 Doxiciclina. Tabletas 100 mg, c/10

Auxiliares de diagnóstico

Cultivo de exudado uretral

Normatividad

NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual

47. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por clamidia

Descripción

Es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en la actualidad. Está causada por Chlamydia trachomatis que afecta el cuello uterino en la mujer y la uretra en el hombre. El diagnóstico depende de la historia clínica, exploración física y del laboratorio. El tratamiento es a base de antibióticos.

CIE - 10

A55 Linfogranuloma venéreo por clamidias
A56 Otras enfermedades de transmisión sexual debidas a clamidias

Medicamentos

1972 Eritromicina. Suspensión 125 mg, 120 ml
1940 Doxiciclina. Tabletas 100 mg, c/10
1561 Metronidazol. 10 Óvulos/tabletas vaginales 500mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Cultivo de exudado cérvico vaginal
Cultivo de exudado uretral

Normatividad

NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual

48. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por trichomona

Descripción

El diagnóstico depende de la historia clínica, exploración física y del laboratorio. Se incluyen exámenes de laboratorio, tratamiento y una consulta de seguimiento.

CIE - 10

A59 Tricomoniasis

Medicamentos

1561 Metronidazol. 10 Óvulos/tabletas vaginales 500mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
2018 Itraconazol. 15 Cápsulas de 100 mg

Auxiliares de diagnóstico

Cultivo de exudado cérvico vaginal

Normatividad

NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual

49. Diagnóstico y tratamiento de sífilis

Descripción

Es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual de etiología bacteriana (Treponema pallidum). El diagnóstico depende de la historia clínica y la exploración física. La sintomatología depende de la etapa en que se encuentre. Se apoya de pruebas específicas de laboratorio y el tratamiento es a base de antibióticos. Incluye una consulta de seguimiento.

CIE - 10

A50 Sífilis congénita
A51 Sífilis precoz
A52 Sífilis tardía

Medicamentos

2510 Penicilina G. Procaínica. Ampolleta 400 000 UI
1921 Penicilina sódica cristalina. Fco. Ámpula 1 000 000 UI
1925 Penicilina G. Benzatínica. Ampolleta 1,200 000 UI
1940 Doxiciclina. Tabletas 100 mg, c/10

Auxiliares de diagnóstico

Prueba rápida de reagina (RPR)
V.D.R.L.

Normatividad

NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual

50. Diagnóstico y tratamiento de cistitis

Descripción

La infección urinaria es provocada por la presencia de gérmenes patógenos en la orina y la sintomatología se agrupa en el llamado "síndrome miccional", que se caracteriza por disuria, poliaquiria, tenesmo y molestia suprapúbica. La cistitis es la inflamación de la vejiga urinaria a consecuencia de infección y en algunas ocasiones es asintomática. Como apoyo diagnóstico puede solicitarse examen general de orina y urocultivo. El tratamiento con antibióticos por 10 días.

CIE - 10

N30 Cistitis

Medicamentos

1903 Trimetoprim/sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30
1904 Trimetoprim/sulfametoxazol. Suspensión 120 ml, (40mg/5 ml)
1911 Nitrofurantoína. Furadantina tabletas 100 mg, c/40
1939 Cefalexina. Tabletas 500 mg, c/20
1954 Gentamicina. Solución inyectable de 80 mg
1955 Gentamicina. Solución inyectable de 20 mg
4255 Ciprofloxacino. 8 tabletas o cápsulas 250 mg

Auxiliares de diagnóstico

Urocultivo
Examen general de orina

51. Diagnóstico y tratamiento de uretritis y síndrome uretral

Descripción

El diagnóstico se realiza por medio del cuadro clínico, exploración física y anamnesis. El diagnóstico puede apoyarse con examen general de orina y urocultivo. El tratamiento es con antibióticos durante 10 días.

CIE - 10

N34 Uretritis y síndrome uretral

Medicamentos

1903 Trimetoprim/sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30
1904 Trimetoprim/sulfametoxazol. Suspensión 120 ml, (40mg/5 ml)
1911 Nitrofurantoína. Furadantina tabletas 100 mg, c/40
1972 Eritromicina. Suspensión 125 mg, 120 ml
1940 Doxiciclina. Tabletas 100 mg, c/10
1939 Cefalexina. Tabletas 500 mg, c/20
4255 Ciprofloxacino. 8 tabletas o cápsulas 250 mg

Auxiliares de diagnóstico

Urocultivo
Examen general de orina

52. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda

Descripción

El diagnóstico se basa en las características del cuadro clínico y del tipo de flujo. Se complementa con un frotis de exudado y cultivo de secreción vaginal para identificación del agente y tratamiento específico.

CIE - 10

N760 Vaginitis aguda

Medicamentos

1566 Nistatina. Tabletas vaginales c/28
1561 Metronidazol. 10 Óvulos o tabletas vaginales 500mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
2510 Penicilina G. Procaínica. Ampolleta 400 000 UI

Auxiliares de diagnóstico

Frotis de exudado vaginal
Cultivo de exudado cérvico vaginal

53. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis subaguda y crónica

Descripción

El diagnóstico se basa en las características del cuadro clínico y del tipo de flujo. Se complementa con un frotis de exudado y cultivo de secreción vaginal para identificación del agente y tratamiento específico.

CIE - 10

N761 Vaginitis subaguda y crónica

Medicamentos

1566 Nistatina. Tabletas vaginales c/28
1561 Metronidazol. 10 Óvulos o tabletas vaginales 500mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Frotis de exudado vaginal
Cultivo de exudado cérvico vaginal

54. Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda

Descripción

El diagnóstico se basa en las características del cuadro clínico y del tipo de flujo. Se complementa con un frotis de exudado y cultivo de secreción vaginal para identificación del agente y tratamiento específico.

CIE - 10

N762 Vulvitis aguda

Medicamentos

1566 Nistatina. Tabletas vaginales c/28
1561 Metronidazol. 10 Óvulos o tabletas vaginales 500mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Frotis de exudado vaginal
Cultivo de exudado cérvico vaginal

55. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amebiasis intestinal

Descripción

El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y antecedentes del enfermo. El médico puede prescribir tratamiento anti-parasitario una vez al año incluso sin necesidad de exámenes de laboratorio.

CIE - 10

A06 Amebiasis

Medicamentos

1310 Metronidazol. Suspensión 250mg/5ml 120ml
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Coproparasitoscópico
Amiba en fresco

56. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de anquilostomiasis y necatoriasis

Descripción
El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y antecedentes del enfermo. El médico puede prescribir tratamiento anti-parasitario una vez al año incluso sin necesidad de exámenes de laboratorio.

CIE - 10
B76 Anquilostomiasis y necatoriasis

Medicamentos
2136 Mebendazol. Tabletas 100 mg, c/6
1345 Albendazol. Frasco 20 mg, 20 mg/ml
1344 Albendazol. Tabletas de 200 mg, c/10

Auxiliares de diagnóstico
Coproparasitoscópico

57. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis

Descripción
El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y antecedentes del enfermo. El médico puede prescribir tratamiento anti-parasitario una vez al año incluso sin necesidad de exámenes de laboratorio.

CIE - 10
B77 Ascariasis

Medicamentos
2136 Mebendazol. Tabletas 100 mg, c/6
1345 Albendazol. Frasco 20 mg, 20 mg/ml
1344 Albendazol. Tabletas de 200 mg, c/10
2138 Pamoato de pirantel. Tabletas de 250 mg

Auxiliares de diagnóstico
Coproparasitoscópico

58. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis

Descripción
El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y antecedentes del enfermo. El médico puede prescribir tratamiento anti-parasitario una vez al año incluso sin necesidad de exámenes de laboratorio.

CIE - 10
B80 Enterobiasis

Medicamentos
2136 Mebendazol. Tabletas 100 mg, c/6
1345 Albendazol. Frasco 20 mg, 20 mg/ml
1344 Albendazol. Tabletas de 200 mg, c/10

Auxiliares de diagnóstico
Coproparasitoscópico

59. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equinococosis

Descripción
El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y antecedentes del enfermo. El médico puede prescribir tratamiento anti-parasitario una vez al año incluso sin necesidad de exámenes de laboratorio.

CIE - 10
B67 Equinococosis

Medicamentos
2136 Mebendazol. Tabletas 100 mg, c/6
1345 Albendazol. Frasco 20 mg, 20 mg/ml
1344 Albendazol. Tabletas de 200 mg, c/10

Auxiliares de diagnóstico
Coproparasitoscópico

60. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equistosmiasis (bilharziasis)

Descripción
El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y antecedentes del enfermo. El médico puede prescribir tratamiento anti-parasitario una vez al año incluso sin necesidad de exámenes de laboratorio.

CIE - 10
B65 Equistostomiasis (bilharziasis)

Medicamentos
2136 Mebendazol. Tabletas 100 mg, c/6
1345 Albendazol. Frasco 20 mg, 20 mg/ml
1344 Albendazol. Tabletas de 200 mg, c/10

Auxiliares de diagnóstico
Coproparasitoscópico

61. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de estrongiloidiasis

Descripción
El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y antecedentes del enfermo. El médico puede prescribir tratamiento anti-parasitario una vez al año incluso sin necesidad de exámenes de laboratorio.

CIE - 10
B78 Estrongiloidiasis

Medicamentos
2136 Mebendazol. Tabletas 100 mg, c/6
1345 Albendazol. Frasco 20 mg, 20 mg/ml
1344 Albendazol. Tabletas de 200 mg, c/10

Auxiliares de diagnóstico
Coproparasitoscópico

62. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de filariasis

Descripción

El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y antecedentes del enfermo. El médico puede prescribir tratamiento anti-parasitario una vez al año incluso sin necesidad de exámenes de laboratorio.

CIE - 10

B74 Filariasis

Medicamentos

2136 Mebendazol. Tabletas 100 mg, c/6
1345 Albendazol. Frasco 20 mg, 20 mg/ml
1344 Albendazol. Tabletas de 200 mg, c/10

Auxiliares de diagnóstico

Coproparasitoscópico

63. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis

Descripción

El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y antecedentes del enfermo. El médico puede prescribir tratamiento anti-parasitario una vez al año incluso sin necesidad de exámenes de laboratorio.

CIE - 10

A71 Giardiasis (lambliasis)

Medicamentos

1310 Metronidazol. Suspensión 250 mg/5ml, 120ml
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Coproparasitoscópico

64. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis

Descripción

El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y antecedentes del enfermo. El médico puede prescribir tratamiento anti-parasitario una vez al año incluso sin necesidad de exámenes de laboratorio.

CIE - 10

B68 Teniasis

Medicamentos

2136 Mebendazol. Tabletas 100 mg, c/6
1345 Albendazol. Frasco 20 mg, 20 mg/ml
1344 Albendazol. Tabletas de 200 mg, c/10
2138 Pamoato de pirantel. Tabletas de 250 mg

Auxiliares de diagnóstico

Coproparasitoscópico

65. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis

Descripción

El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y antecedentes del enfermo. El médico puede prescribir tratamiento anti-parasitario una vez al año incluso sin necesidad de exámenes de laboratorio.

CIE - 10

B79 Tricuriasis

Medicamentos

2136 Mebendazol. Tabletas 100 mg, c/6
1345 Albendazol. Frasco 20 mg, 20 mg/ml
1344 Albendazol. Tabletas de 200 mg, c/10

Auxiliares de diagnóstico

Coproparasitoscópico

66. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de triquinosis

Descripción

El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y antecedentes del enfermo. El médico puede prescribir tratamiento anti-parasitario una vez al año incluso sin necesidad de exámenes de laboratorio.

CIE - 10

B75 Triquinosis

Medicamentos

2136 Mebendazol. Tabletas 100 mg, c/6
1345 Albendazol. Frasco 20 mg, 20 mg/ml
1344 Albendazol. Tabletas de 200 mg, c/10

Auxiliares de diagnóstico

Coproparasitoscópico

67. Diagnóstico y tratamiento de escabiasis

Descripción

El diagnóstico es clínico, se basa en los antecedentes y la exploración física. El tratamiento depende de cada caso y del grado de infestación. Se incluye una consulta de seguimiento.

CIE - 10

B86 Escabiasis

Medicamentos

0861 Benzoato de bencilo. Emulsión dérmica 300 mg. 120 ml
0408 Clorfeniramina. Jarabe 0.5 mg, frasco 120 ml
2144 Loratadina. Tabletas 10 mg, c/20
2145 Loratadina. Suspensión c/60 ml
0911 Lindano. Envase de shampoo 1g/100 ml

68. Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis

Descripción

El diagnóstico es clínico, se basa en los antecedentes y la exploración física. El tratamiento depende de cada caso y del grado de infestación. Se incluye una consulta de seguimiento.

CIE - 10

B85 Pediculosis y phthiriasis

Medicamentos

0861 Benzoato de bencilo. Emulsión dérmica 300 mg. 120 ml
0408 Clorfeniramina. Jarabe 0.5 mg, frasco 120 ml
2144 Loratadina. Tabletas 10 mg, c/20
2145 Loratadina. Suspensión c/60 ml
0911 Lindano. Envase de shampoo 1g/100 ml

69. Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales

Descripción

Las micosis superficiales son enfermedades producidas por hongos que afectan tejidos queratinizados como capa córnea de piel, pelos y uñas, así como las mucosas. Las más frecuentes son las dermatofitosis, la ptiriasis versicolor y la candidiasis. El diagnóstico se basa en la exploración física, el tipo de lesión y localización y los antecedentes del paciente. No se incluyen apoyos de laboratorio. El tratamiento incluye una consulta de control.

CIE - 10

B35 Dermatofitosis
B36 Micosis superficiales
B360 Ptiriasis versicolor

Medicamentos

0891 Miconazol. Tubo 20 g
2024 Isoconazol. Crema 20 g
2018 Itraconazol. 15 Cápsulas de 100 mg

70. Diagnóstico y tratamiento de onicomicosis

Descripción

El diagnóstico se basa en la exploración física y los hábitos del paciente. El tratamiento incluye una consulta de control.

CIE - 10

B351 Tiña de las uñas

Medicamentos

0891 Miconazol. Tubo 20 g
2024 Isoconazol. Crema 20 g
2018 Itraconazol. 15 Cápsulas de 100 mg

71. Diagnóstico y tratamiento de celulitis

Descripción

Es una infección bacteriana extensa de la dermis y de los tejidos subcutáneos. El diagnóstico se basa en la exploración física y los antecedentes. Se manifiesta por signos locales de inflamación, fiebre y leucocitosis. Las extremidades inferiores son el área más comúnmente afectada. En esta intervención se incluye también elmanejo de erisipela. No se incluyen apoyos de laboratorio. El tratamiento incluye una consulta de control.

CIE - 10

L03 Celulitis
A46 Erisipela

Medicamentos

1921 Penicilina sódica cristalina. Fco. Ámpula 1 000 000 UI
2510 Penicilina G. Procaínica. Ampolleta 400 000 UI
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
1927 Dicloxacilina. Suspensión 250 mg
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20

72. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto

Descripción

Es la reacción cutánea que resulta de poner en contacto una sustancia determinada con la piel de un paciente sensible. El diagnóstico se basa en la exploración física de las lesiones y los antecedentes. No se incluyen apoyos de laboratorio. El tratamiento incluye una consulta de control.

CIE - 10

L23 Dermatitis alérgica de contacto

Medicamentos

0804 Óxido de zinc. Pasta de lassar, tubo 30g
0408 Clorfeniramina. Jarabe 0.5 mg, frasco 120 ml
0872 Clioquinol. Crema, envase 60 g
2144 Loratadina. Tabletas 10 mg, c/20
2145 Loratadina. Suspensión c/60 ml
0472 Prednisona. Tabletas de 5 mg, c/30

73. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica

Descripción

Es una enfermedad recurrente e inflamatoria de la piel caracterizada por una morfología y topografía típicas, eritema descamación, vesículas y costras. Se presenta en fases agudas y es de tendencia crónica con cambios pigmentarios de la piel y liquenificación. El diagnóstico se basa en la exploración física de las lesiones y los antecedentes. No se incluyen apoyos de laboratorio. El tratamiento incluye una consulta de control.

CIE - 10

L20 Dermatitis atópica

Medicamentos

0804 Óxido de zinc. Pasta de lassar, tubo 30g
0408 Clorfeniramina. Jarabe 0.5 mg, frasco 120 ml
0872 Clioquinol. Crema, envase 60 g
2144 Loratadina. Tabletas 10 mg, c/20
2145 Loratadina. Suspensión c/60 ml
0472 Prednisona. Tabletas de 5 mg, c/30

74. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto por irritantes

Descripción

El diagnóstico se basa en la exploración física de las lesiones y los antecedentes. No se incluyen apoyos de laboratorio. El tratamiento incluye una consulta de control.

CIE - 10

L24 Dermatitis de contacto por irritantes

Medicamentos

0804 Óxido de zinc. Pasta de lassar, tubo 30g
0408 Clorfeniramina. Jarabe 0.5 mg, frasco 120 ml
2144 Loratadina. Tabletas 10 mg, c/20
2145 Loratadina. Suspensión c/60 ml

75. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal

Descripción

El diagnóstico se basa en la exploración física de las lesiones y los antecedentes. No se incluyen apoyos de laboratorio. El tratamiento incluye una consulta de control.

CIE - 10

L22 Dermatitis del pañal

Medicamentos

0804 Óxido de zinc. Pasta de lassar, tubo 30g

76. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis exfoliativa

Descripción

El diagnóstico se basa en la exploración física de las lesiones y los antecedentes. No se incluyen apoyos de laboratorio. El tratamiento incluye una consulta de control.

CIE - 10

L26 Dermatitis exfoliativa

Medicamentos

0804 Óxido de zinc. Pasta de lassar, tubo 30g
0408 Clorfeniramina. Jarabe 0.5 mg, frasco 120 ml
2144 Loratadina. Tabletas 10 mg, c/20
2145 Loratadina. Suspensión c/60 ml
0472 Prednisona. Tabletas de 5 mg, c/30

77. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica

Descripción

El diagnóstico se basa en la exploración física de las lesiones y los antecedentes. No se incluyen apoyos de laboratorio. El tratamiento incluye una consulta de control.

CIE - 10

L21 Dermatitis seborreica

Medicamentos

0804 Óxido de zinc. Pasta de lassar, tubo 30g
0408 Clorfeniramina. Jarabe 0.5 mg, frasco 120 ml
0872 Clioquinol. Crema, envase 60 g
2144 Loratadina. Tabletas 10 mg, c/20
2145 Loratadina. Suspensión c/60 ml
0891 Miconazol. Tubo 20 g
2018 Itraconazol. 15 Cápsulas de 100 mg

78. Diagnóstico y tratamiento de verrugas vulgares

Descripción

El diagnóstico se basa en la exploración física de las lesiones y los antecedentes. Se incluye electrofulguración en caso necesario.

CIE - 10

B07 Verrugas víricas

Medicamentos

0104 Paracetamol (acetaminofén). 10 tabletas 500 mg
0901 Podofilino. Envase con 5 ml. 250 mg/ml.

79. Diagnóstico y tratamiento del acné

Descripción

El diagnóstico se basa en la exploración física de las lesiones. El manejo incluye medidas generales como aseo con jabón neutro y en ocasiones antibióticos vía oral.

CIE - 10

L70 Acné

Medicamentos

0861 Bencilo. Envase con 120 ml. 300 mg/ml
0904 Ácido retinoico. Envase con 20 g. 500 µg/ g
1971 Eritromicina. Cápsulas de 250 mg, c/20

80. Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo

Descripción

Es una enfermedad de etiología multifactorial caracterizada por la inflamación del esófago a consecuencia del reflujo permanente o persistente del contenido del estómago. El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y puede solicitarse endoscopía a juicio del clínico. El tratamiento es a base de medidas generales y con inhibidores de la secreción gástrica.

CIE - 10

K21 Enfermedad del reflujo gastroesofágico

Medicamentos

1233 Ranitidina. Tabletas 150 mg, c/100
1234 Ranitidina. Ampolletas 50 mg
5686 Esomeprazol, Pantoprazol, Rabeprazol, Omeprazol. Esomeprazol 40 mg, Pantoprazol 40 mg, Rabeprazol 20 mg, Omeprazol 20 mg, tabletas, grageas o cápsulas c/7, 14 ó 28 (La evidencia científica no demuestra ventajas entre estos fármacos, por lo que se recomienda el de costo más bajo: omeprazol)
1241 Metoclopramida. Tabletas de 10 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico

Endoscopía con toma de biopsia
Biopsia de mucosa gástrica
Prueba de ureasa para H. pilory
Histología y cultivo para H. pilory

81. Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda

Descripción

Incluye una consulta inicial donde se investigarán los factores de riesgo y síntomas de la enfermedad. El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y endoscopía a juicio del clínico. Se incluyen los esquemas de tratamiento sintomático y para infección por Helicobacter pilory.

CIE - 10

K29 Gastritis y duodenitis
K30 Dispepsia

Medicamentos

1233 Ranitidina. Tabletas 150 mg, c/100
1234 Ranitidina. Ampolletas 50 mg
1263 Subsalicilato de bismuto Suspensión 120 ml, 17.5 g/ml
5686 Esomeprazol, Pantoprazol, Rabeprazol, Omeprazol. Esomeprazol 40 mg, Pantoprazol 40 mg, Rabeprazol 20 mg, Omeprazol 20 mg, tabletas, grageas o cápsulas c/7, 14 ó 28 (La evidencia científica no demuestra ventajas entre estos fármacos, por lo que se recomienda el de costo más bajo: omeprazol)
1241 Metoclopramida. Tabletas de 10 mg, c/20
1223 Aluminio y magnesio. Envase c/48 tabletas
1224 Aluminio y magnesio. Frasco 360 ml
5176 Sucralfato. 40 tabletas 1 g.
1971 Eritromicina. Cápsulas de 250 mg, c/20
1972 Eritromicina. Suspensión 125 mg, 120 ml
2128 Amoxicilina. Cápsulas 500 mg, c/12
2127 Amoxicilina. Suspensión 250 mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg
1310 Metronidazol. Suspensión 250 mg

continúa/

/continuación

2132 Claritromicina. Tabletas 250 mg c/10

Auxiliares de diagnóstico

Endoscopía con toma de biopsia
Biopsia de mucosa gástrica
Prueba de ureasa para H. pilory
Histología y cultivo para H. pilory

82. Diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica

Descripción

En la consulta inicial se investigarán factores de riesgo y síntomas de la enfermedad. El diagnóstico se realiza basándose en el cuadro clínico y a través de una serie esófago gastroduodenal y/o endoscopía. Incluye dos consultas de seguimiento con el especialista. Tratamiento sintomático y para infección por Helicobacter pilory.

CIE - 10

K25 Úlcera gástrica
K26 Úlcera duodenal

Medicamentos

1233 Ranitidina tabletas 150 mg, c/100
1234 Ranitidina ampolletas 50 mg
1206 Butilhioscina grageas 10 mg, c/20
1207 Butilhioscina ampolletas
1263 Subsalicilato de bismuto suspensión 120 ml, 17.5 g/ml
5686 Esomeprazol, Pantoprazol, Rabeprazol, Omeprazol. Esomeprazol 40 mg, Pantoprazol 40 mg, Rabeprazol 20 mg, Omeprazol 20 mg, tabletas, grageas o cápsulas c/7, 14 ó 28 (La evidencia científica no demuestra ventajas entre estos fármacos, por lo que se recomienda el de costo más bajo: omeprazol)
1241 Metoclopramida. Tabletas de 10 mg, c/20
1223 Hidróxido de Al y Mg envase c/48 tabletas
1224 Hidróxido de Al y Mg frasco 360 ml
5176 Sucralfato. 40 tabletas 1 g.
1971 Eritromicina. cápsulas de 250 mg, c/20
1972 Eritromicina suspensión 125 mg, 120 ml
2128 Amoxicilina cápsulas 500 mg, c/12
2127 Amoxicilina suspensión 250 mg
1308 Metronidazol tabletas 500 mg
1310 Metronidazol suspensión 250 mg
2132 Claritromicina Tabletas 250 mg 10 Tabletas

Auxiliares de diagnóstico

Endoscopía con toma de biopsia
Serie gastroduodenal (bario)
Biopsia de mucosa gástrica
Prueba de ureasa para H. pilory
Histología y cultivo para H. pilory

83. Diagnóstico y tratamiento de colitis no infecciosa

Descripción

Incluye una consulta inicial donde se investigará el cuadro clínico y se le realizará exploración física. El diagnóstico se apoya con exámenes de laboratorio como el coproparasitoscópico en serie de tres, biometría hemática y radiografía simple de abdomen. En casos crónicos será necesario realizar ultrasonido abdominal y su derivación al especialista. Se incluyen medicamentos y dos consultas de control.

CIE - 10

K52 Colitis y gastroenteritis no infecciosas

Medicamentos

1241 Metoclopramida. Tabletas de 10 mg, c/20
1206 Butilhioscina. Grageas 10 mg, c/20
1207 Butilhioscina. Ampolletas
1271 Plantago psyllium. Polvo envase 400 g
1272 Senósidos A-B. 20 tabletas 8.6 mg

Auxiliares de diagnóstico

Coproparasitoscópico (3 muestras)
Biometría hemática
Radiografía simple de abdomen

84. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable

Descripción

Incluye una consulta inicial donde se investigará el cuadro clínico y se le realizará exploración física. El diagnóstico se apoya con exámenes de laboratorio como el coproparasitoscópico en serie de tres, biometría hemática y radiografía simple de abdomen. En casos crónicos será necesario realizar ultrasonido abdominal y su derivación al especialista. Se incluyen medicamentos y dos consultas de control.

CIE - 10

K58 Síndrome de colon irritable

Medicamentos

1241 Metoclopramida. Tabletas de 10 mg, c/20
1206 Butilhioscina. Grageas 10 mg, c/20
1207 Butilhioscina. Ampolletas
1271 Plantago psyllium. Polvo envase 400 g
1272 Senósidos A-B. 20 tabletas 8.6 mg

Auxiliares de diagnóstico

Coproparasitoscópico (3 muestras)
Biometría hemática
Radiografía simple de abdomen

85. Diagnóstico y tratamiento de gota

Descripción

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, los antecedentes hereditarios, los factores de riesgo, la determinación de ácido úrico en sangre y el examen general de orina.

CIE - 10

M10 Gota

Medicamentos

3451 Alopurinol. Tabletas 300 mg, c/20
3413 Indometacina. Cápsulas 25 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

L-22 Acido úrico en sangre
L-518 Examen general de orina

86. Diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia

Descripción

El diagnóstico se realiza en base a los antecedentes clínicos con apoyo de laboratorio. Incluye tratamiento a base de dieta y medicamentos hipocolesterolemiantes.

CIE - 10

E78 Hiperlipidemia

Medicamentos

0657 Pravastatina. Tabletas 10 mg c/30

Auxiliares de diagnóstico

Perfil de lípidos (Colesterol, HDL, LDL y triglicéridos)

Normatividad

NOM-037-SSA2-2000, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias

87. Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo

Descripción

También llamado bocio o bocio hiperfuncionante, es la hiperproducción sostenida de hormonas tiroideas. Más frecuente en mujeres después de los treinta años de edad, es de tipo autoinmune y el diagnóstico se basa en el cuadro clínico con apoyo del laboratorio cada tres meses. Incluye valoración oftalmológica. Se recomienda tratamiento con antitiroideos durante un año con seguimiento a los 1, 2, 3, 6 y 12 meses mediante pruebas de función tiroidea. Se cubre el manejo con yodo radiactivo en caso de requerirlo siempre que sea justificado por el médico internista. No incluye tratamiento quirúrgico.

CIE - 10

E05 Hipertiroidismo

Medicamentos

0530 Propanolol. Tabletas 40 mg, c/20
0572 Metoprolol. Tabletas 100 mg, c/20
1022 Tiamazol. Tabletas 5 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico

Perfil tiroideo (triyodotironina, tiroxina, tiroxina libre y HET)
Gamagrafía de tiroides
Biometría hemática
Química sanguínea de 3 elementos
Examen general de orina

88. Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo (niños y adultos)

Descripción

El diagnóstico es clínico y se apoya con estudios de laboratorio. La causa principal es por deficiencia de yodo anque también puede ser secundario a infecciones, medicamentos y otras sustancias endógenas.

CIE - 10

E02 Hipotiroidismo subclinico por deficiencia de yodo
E03 Otros hipotiroidismos

Medicamentos

1007 Levotiroxina. Tabletas de 100 mcg, c/50

Auxiliares de diagnóstico

Hormonas tiroideas
Captación de yodo
Biometría hematica
Examen general de orina
Rx de tórax
Colesterol en sangre/ fracciones hdl/ldl
Química sanguínea

89. Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito

Descripción

Al nacer se lleva a cabo la prueba de tamizaje. Si es positiva se realizarán exámenes adicionales de hormonas tiroideas, biometría hemática, química sanguínea, colesterol, electrolitos séricos, radiografía de tórax y a juicio del clínico, captación de yodo radioactivo. El tratamiento es hormonal sustitutivo.

CIE - 10

E039 Hipotiroidismo congénito

Medicamentos

1007 Levotiroxina. Tabletas de 100 mcg, c/50

Auxiliares de diagnóstico

Prueba para fenilcetonuria e hipotiroidismo (tamiz neonatal)
Biometría hemática
Química sanguínea de 3 elementos
Electrolitos séricos
Gamagrafía de tiroides
Perfil tiroideo (triyodotironina, tiroxina, tiroxina libre y HET)
Rx de tórax (posteroanterior, anteroposterior o lateral)

90. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus I

Descripción

El tratamiento depende de la constitución física del paciente y sus cifras de glucemia. Se incluye tratamiento con insulina de acuerdo a los esquemas recomendados internacionalmente. Esta intervención contempla en promedio dos consultas iniciales, cuatro durante el año para control y una interconsulta con el especialista. Para un adecuado control se recomienda hemoglobina glucosilada cada tres meses. La prueba de microalbúmina se realiza al 22% de los pacientes diabéticos para determinar inicio de daño renal.

CIE - 10

E10 Diabetes mellitus insulinodependiente

Medicamentos

1050 Insulina intermedia NPH Frasco 10 ml, 100 U/ml sol.iny
1051 Insulina humana acción rápida regular Frasco 10 ml, 100 U/ml sol.iny (sólo para atención hospitalaria)

Auxiliares de diagnóstico

Glucosa en sangre
Examen general de orina
Prueba de tolerancia a la glucosa
Hemoglobina glucosilada en sangre total (equipo portátil)
Microalbúmina en orina o sangre total capilar o venosa
Metil etil cetona en orina (cuerpos cetónicos)
Colesterol total en sangre

Normatividad

NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

91. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus II

Descripción

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad. Se caracteriza por disminución de secreción de insulina por falla y disfunción de las células beta del páncreas y/o por resistencia a la insulina, lo que produce un estado de hiperglucemia y glucotoxicidad. El diagnóstico clínico se basa en los antecedentes heredofamiliares y la sintomatología clásica como polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso. Como pruebas confirmatorias se incluyen glucemia en ayuno, posprandial y prueba de tolerancia a la glucosa. El tratamiento depende de cada paciente. El manejo no farmacológico se basa en actividad física y control del estado nutricional basado en el IMC y el índice cintura-cadera. El manejo farmacológico también es individualizado, está dirigido al control intensivo de la glucemia a través de metas (3 a 6 meses) y contempla sulfonilureas, biguanidas e insulina. Esta intervención incluye revisión de pies, toma de tensión arterial, medición de peso, cintura e IMC en cada visita y una revisión anual de fondo de ojo, perfil lipídico y determinación de microalbuminuria. Contempla dos consultas iniciales y cuatro durante el año para control de glucemia que debe estar basada en una prueba de hemoglobina glucosilada cada tres meses. La prueba de microalbúmina se realiza al 22% de los pacientes diabéticos para determinar inicio de daño renal.

CIE - 10

E11 Diabetes mellitus no insulinodependiente

Medicamentos

5165 Metformina. Tabletas de 850 mg, c/30
1042 Glibenclamida. Tabletas 5 mg, c/50
1050 Insulina intermedia NPH Frasco 10 ml, 100 U/ml sol.iny
1051 Insulina humana acción rápida regular Frasco 10 ml, 100 U/ml sol.iny (sólo para atención hospitalaria)

Auxiliares de diagnóstico

Glucosa sérica en ayunas
Glucosa sérica posprandial
Prueba de tolerancia a la glucosa
Hemoglobina glucosilada en sangre total (equipo portátil)
Microalbúmina en orina o sangre total capilar o venosa
Examen general de orina
Triglicéridos en sangre
Química sanguínea de 3 elementos
Metil etil cetona en orina (cuerpos cetónicos)
Colesterol total en sangre

Normatividad

NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

92. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de hipertensión arterial

Descripción

Se considera hipertensión arterial a la presencia de cifras de presión arterial iguales o mayores a 140 mmHg de sistólica o 90 mmHg de diastólica. Una vez establecido el diagnóstico y de acuerdo al criterio clínico se recomendará como manejo no farmacológico la reducción de peso, evitar la ingesta de alcohol, iniciar actividad física, disminuir la ingesta de sodio y evitar el tabaquismo, el estrés y el sedentarismo. El tratamiento farmacológico puede incluir IECAs, calcioantagonistas, betabloqueadores, diuréticos y antagonistas de receptores de angiotensina. El seguimiento será cada 1 a 3 meses dependiendo del control y evolución de cada caso, vigilando los factores de riesgo para evitar las complicaciones.

CIE - 10

Z013 Examen de la presión sanguínea
I10 Hipertensión esencial (primaria)

Medicamentos

0561 Clortalidona. Tabletas 50 mg, c/20
0597 Nifedipino. Tabletas 10 mg, c/24
0592 Isosorbide, tabletas sublinguales 5 mg c/20
0574 Captopril. Tabletas 25 mg, c/30
2501 Enalapril o Lisinopril, tabletas 10 mg c/30
0572 Metoprolol. Tabletas 100 mg, c/20
2540 Telmisartán. 28 ó 30 tabletas de 40 mg
0596 Verapamilo. 20 grageas o tabletas recubiertas de 80 mg

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Perfil de lípidos (Colesterol, HDL, LDL y triglicéridos)
Examen general de orina
Química sanguínea de 3 elementos
Rx tórax
Electrocardiograma

Normatividad

Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial

93. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica

Descripción

La insuficiencia cardíaca crónica o también denominada insuficiencia cardíaca congestiva es un trastorno donde el corazón pierde su capacidad de bombear sangre con eficiencia. El diagnóstico es clínico y se apoya con estudios de laboratorio. Los medicamentos deben seleccionarse de acuerdo a la clasificación funcional de la New York Heart Association (NYHA). Incluye consulta de especialidad y seguimiento en medicina general (5 consultas promedio) por un año y monitoreo clínico de control.

CIE - 10

I50 Insuficiencia cardíaca

Medicamentos

0574 Captopril. Tabletas 25 mg, c/30
0561 Clortalidona. Tabletas 50 mg, c/20
0592 Isosorbide, tabletas sublinguales 5 mg c/20
0523 Sales de potasio. 50 Tabletas solubles
0502 Digoxina. 20 tabletas 0.25 MG
0502 Digoxina. Elixir 0.05 mg/ml envase 60 ml

Auxiliares de diagnóstico

ECG
Tiempos de coagulación
Rx de tórax
Biometría hemática
Ecocardiografía

94. Diagnóstico y tratamiento de osteoporosis

Descripción

Los factores de riesgo incluyen la pérdida temprana de la menstruación (antes de los 45 años), antecedentes familiares, vida sedentaria, poco ejercicio, baja ingesta de calcio, tabaquismo y alcoholismo. Se manifiesta frecuentemente por la presencia de fracturas fáciles en mujeres post-menopáusicas, el diagnóstico es clínico y a través de una densitometría ósea. El tratamiento se calculó para un año a base de estrógenos con seguimiento cada 3 meses.

CIE - 10

M819 Osteoporosis

Medicamentos

1006 Calcio. Comprimidos 500 mg c/12
1095 Calcitriol. 50 cáps 0.25 microgramos
4163 Raloxifeno. Caja con 28 tabletas 60 mg
4376 Polivitaminas y minerales. 30 tabletas, grageas o cápsulas
3509 Medroxiprogesterona y estradiol. Amp 25 mg
3508 Desogestrel y etinilestradiol. Envase con 28 tabletas
3507 Levonorgestrel y etilenestradiol. Envase con 28 tabletas

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Hormonas tiroideas
Densitometría ósea

95. Diagnóstico y tratamiento de mastopatía fibroquística

Descripción

El diagnóstico es clínico y se apoya con estudios de gabinete. El tratamiento incluye analgésicos para fase aguda y de mantenimiento, antibióticos y bromocriptina.

CIE - 10

N60 Displasia mamaria benigna

Medicamentos

0109 Metamizol sódico (dipirona). 3 ampolletas con 2 ml. 1 g/ 2 ml
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
3407 Naproxeno. 30 tabletas 250 mg
1926 Dicloxacilina. 20 cápsulas o comprimidos 500 mg
1939 Cefalexina. 20 cápsulas o tabletas 500 mg
1096 Bromocriptina 14 tabletas 2.5 mg

Auxiliares de diagnóstico

Ultrasonido mamario
Mastografía
Biopsia de mama

96. Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide

Descripción

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica crónica caracterizada por la inflamación de las membranas sinoviales de múltiples articulaciones, lo que origina cambios estructurales en la articulación e inclusive la erosión ósea. Es más frecuente en mujeres entre los 20 y 40 años de edad. El diagnóstico es clínico observando síntomas sistémicos prodrómicos y un inicio incidioso en pequeñas articulaciones, la progresión es centrípeta, simétrica y es común la deformación. Se confirma con estudios radiológicos, biometría hemática, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular y factor reumatoide. El éxito del tratamiento depende en gran medida del manejo no farmacológico tal como educación, terapia física y ocupacional, descanso sistémico y articular, ejercicio e inmovilización en caso necesario. El tratamiento farmacológico incluye AINEs y esteroides.

CIE - 10

M05 Artritis Reumatoide

Medicamentos

3461 Azatrioprina. Tabletas 50 mg, c/50
0472 Prednisona. Tabletas de 5 mg, c/20
0473 Prednisona. Tabletas de 50 mg, c/20
3417 Diclofenaco. Tabletas 75 mg, c/20
0101 Acido acetilsalicílico. Tabletas de 500 mg con 20
3413 Indometacina. Cápsulas 25 mg, c/30
1759 Metrotexato. 50 tabletas 2.5 mg
0104 Paracetamol (acetaminofén). 10 tabletas 500 mg
2030 Cloroquina. 1000 tabletas de 150 mg
2202 Penicilamina. 50 Tabletas de 300 mg

Auxiliares de diagnóstico

Rx de mano (dos proyecciones)
Biometría hemática
Proteina C reactiva
Factor reumatoide

97. Diagnóstico y tratamiento de osteoartritis

Descripción

La osteoartritis es una enfermedad degenerativa estimulada por factores mecánicos y mediada por factores químicos. Se presenta principalmente después de los 45 años de edad. El diagnóstico es clínico y se confirma con estudios radiológicos, biometría hemática, proteína C reactiva y factor reumatoide.

CIE - 10

M15 Osteoartritis

Medicamentos

3461 Azatrioprina. Tabletas 50 mg, c/50
0472 Prednisona. Tabletas de 5 mg, c/20
0473 Prednisona. Tabletas de 50 mg, c/20
3417 Diclofenaco. Tabletas 75 mg, c/20
0101 Acido acetilsalicílico. Tabletas de 500 mg con 20
3413 Indometacina. Cápsulas 25 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx de mano (dos proyecciones)
Biometría hemática
Proteina C reactiva
Factor reumatoide

98. Diagnóstico y tratamiento de lumbalgia

Descripción

Esta intervención contempla manejo ambulatorio con analgésicos, antinflamatorios no esteroideos y apoyo con estudio radiológico.

Medicamentos

3407 Naproxeno. 30 tabletas 250 mg
3417 Diclofenaco. Tabletas 75 mg, c/20

continúa/

/continuación

CIE - 10

M544 Lumbago con ciática
M545 Lumbago no especificado

5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico (dipirona). 3 ampolletas con 2 ml. 1 g/2 ml

Auxiliares de diagnóstico

Rx de columna lumbar (dos proyecciones)

99. Diagnóstico y tratamiento de depresión

Descripción

Para el diagnóstico del estado depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. El diagnóstico es clínico e incluye la detección en consulta general y 3 consultas subsecuentes de control a intervalos de dos meses, también incluye dos consultas de especialidad a intervalo de seis meses y tratamiento farmacológico anual.

CIE - 10

F32 Episodio depresivo
F33 Trastorno depresivo recurrente

Medicamentos

4483 Fluoxetina. 14 ó 28 cápsulas o tabletas de 20 mg
3215 Diazepam. 20 tabletas de 10 mg
2613 Clonazepam. Solución 2.5 mg/ml envase con 10 ml y gotero integral
3305 Amitriptilina. 20 tabletas de 25 mg

100. Diagnóstico y tratamiento de psicosis (incluye esquizofrenia)

Descripción

Se trata de una enfermedad caracterizada por una desorganización de la personalidad, alteraciones del juicio crítico y de la relación con la realidad, trastornos del pensamiento, ideas y construcciones delirantes y, frecuentemente, perturbaciones de la percepción (alucinaciones). El síndrome más característico y estudiado es la esquizofrenia (incluyendo trastorno bipolar). Esta intervención contempla la detección en consulta general y 3 consultas subsecuentes de control a intervalos de dos meses, dos consultas de especialidad a intervalo de seis meses y tratamiento farmacológico anual.

CIE - 10

F20 Esquizofrenia
F21 Trastorno esquizotipico
F22 Trastornos delirantes persistentes
F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios
F24 Trastorno delirante inducido
F25 Trastornos esquizoafectivos
F28 Otros trastornos psicoticos de origen no organico
F29 Psicosis de origen no orgánico, no especificada

Medicamentos

3259 Clozapina. 30 ó 50 comprimidos de 100 mg
3258 Risperidona. 40 tabletas de 2 mg
5484 Zuclopentixol. 20 ó 50 tabletas de 25 mg
3251 Haloperidol. 20 tabletas de 5mg
3253 Haloperidol. Solución inyectable 5mg/ml, 1 ó 5 ampolletas de 1 ml
3255 Litio. 50 tabletas de 300 mg
3215 Diazepam. 20 tabletas de 10 mg
2652 Biperideno. 50 tabletas de 2 mg
3305 Amitriptilina. 20 tabletas de 25 mg
5479 Tioridazina. 30 grageas 25 mg
3241 Trifluoperazina.

101. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia

Descripción

Es la descarga excesiva de las neuronas cerebrales que se manifiesta como pérdida de la conciencia, actividad muscular tónica y/o clónica involuntaria o trastornos del sistema nervioso autónomo. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico e incluye electroencefalograma. A criterio del especialista puede solicitarse tomografía axial computarizada o resonancia magnética nuclear.

CIE - 10

G40 Epilepsia

Medicamentos

2611 Fenitoína. Suspensión 37.5mg/5m
0525 Fenitoína. Tabletas 100 mg, c/50
2608 Carbamazepina. Tabletas 200 mg, c/20
2609 Carbamazepina (Difenilhidantoína)). Suspensión 120 ml, 20 mg/ml
2601 Fenobarbital. Comprimidos 50 mg, c/30
2622 Valproato de magnesio. 40 tabletas cubierta entérica 185.6 mg
2623 Valproato de magnesio. Solución 186 mg/ml envase con 40 ml.

continúa/

/continuación

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea de 3 elementos
Electrolitos séricos
Electroencefalograma (EEG)
Tomografía axial computarizada de cráneo sin contraste
Tomografía axial computarizada de cráneo con contraste
Niveles séricos de fármacos

102. Otras atenciones de medicina general

Descripción

Se otorga con la finalidad de proporcionar tratamiento sintomático a problemas no bien definidos o para dar consejería sobre aspectos generales de salud. Incluye medicamentos paliativos y apoyo con análisis de laboratorio básicos: biometría hemática, examen general de orina y química sanguínea.

CIE - 10

R04 Hemorragias de las vias respiratorias
R05 Tos
R07 Dolor de garganta y en el pecho
R10 Dolor abdominal y pélvico
R11 Náusea y vómito
R12 Acidez
R14 Flatulencia y afecciones afines
R42 Mareo y desvanecimiento
R45 Síntomas y signos que involucran el estado emocional
R51 Cefalea
R52 Dolor inespecífico
R53 Malestar y fatiga
R68 Otros síntomas y signos generales

Medicamentos

0101 Acido acetilsalicílico tabletas de 500 mg con 20
0104 Paracetamol tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol suspensión 100 mg/ml
3417 Diclofenaco tabletas 75 mg, c/20
1207 Butilhioscina grageas 10 mg, c/20
1208 Butilhioscina ampolletas
2151 Ranitidina. Jarabe 150mg/10 ml envase de 200 ml
1233 Ranitidina. Tabletas 150 mg, c/100
1234 Ranitidina. Ampolletas 50 mg
1241 Metoclopramida. Solución inyectable 10mg/2ml, 6 ampolletas de 2ml
1242 Metoclopramida 20 Tabletas de 10 mg 1242
1263 Subsalicilato de bismuto. Suspensión 120 ml, 17.5 g/ml
5176 Sucralfato tabletas 20 mg, c/20
1223 Hidróxido de Al y Mg envase c/48 tabletas
1224 Hidróxido de Al y Mg frasco 360 ml
3112 Difenidol. Solución inyectable 40 mg
3111 Difenidol. Tabletas 25 mg

103. Servicios de enfermería y orientación general

Descripción

Esta intervención está dirigida a proporcionar servicios generales de enfermería y consejería que no requieren de la consulta de un médico.

CIE - 10

Z04 Examen y observación por otras razones
Z008 Otros exámenes generales

104. Prevención de caries (curetaje, odontoxesis y aplicación tópica de flúor)

Descripción

Incluye odontoxesis, que es el pulido y limpieza de los dientes por medio de procedimientos mecánicos, que se realizan en el consultorio dental eliminando cálculo (sarro), manchas extrínsecas y placa dentobacteriana. Después de ello, para la aplicación tópica de flúor, se utiliza fluoruro de sodio al 2%, fluoruro estañoso al 8% o fluoruro de fosfato acidulado con 1.23% de fluoruro. Se lleva a cabo dos veces por año para reducir el deterioro dental hasta en un 40%. Las acciones deben registrarse en las Cartillas Nacionales de Salud de acuerdo a la edad y género de la persona.

CIE - 10

Z012 Examen odontológico

Normatividad

NOM-013-SSA2-1994 Para la prevención y control de enfermedades bucales

105. Sellado de fosetas y fisuras dentales

Descripción
Consiste en la aplicación de polímeros capaces de adherirse a la estructura dental para sellar las áreas susceptibles de caries. Se realiza principalmente en los grupos de riesgo: menores de 14 años, mujeres embarazadas, pacientes diabéticos y adultos mayores.

CIE - 10
K02 Caries dental

Normatividad
NOM-013-SSA2-1994 Para la prevención y control de enfermedades bucales

106. Obturación de caries con amalgama o resina (Primer y segundo grado con amalgama)

Descripción
Es una enfermedad multifactorial en la que existe interacción entre cuatro factores principales: el huésped (saliva y dientes), la microflora y el sustrato (dieta). Para la formación de caries debe existir un huésped susceptible, flora oral cariogénica y sustrato presente durante un período determinado. El diagnóstico se realiza clínicamente con un explorador y la iluminación adecuada permitirá apreciar las zonas afectadas. Un auxiliar para observar caries interproximales son las radiografías de aleta mordible y en algunos casos las radiografías peri-apicales. El tratamiento consiste en retirar caries y obturar con amalgama.

CIE - 10
K02 Caries dental

Norma Oficial
NOM-013-SSA2-1994 Para la prevención y control de enfermedades bucales

Auxiliares de diagnóstico
Rx dental (vista única)

107. Eliminación de focos de infección, abscesos y restos radiculares

Descripción
Incluye el tratamiento del proceso infeccioso bucal, drenaje de abscesos y extracción de restos radiculares (se incluyen erupcionados).

CIE - 10
K02 Caries dental
K05 Gingivitis y periodontitis

Medicamentos
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico
Rx dental (vista única)

Normatividad
NOM-013-SSA2-1994 Para la prevención y control de enfermedades bucales

108. Extracción de piezas dentarias (no incluye tercer molar)

Descripción
Incluye la extracción de piezas dentales y de restos radiculares (se incluyen erupcionados).

CIE - 10
K02 Caries dental
K05 Gingivitis y periodontitis

Medicamentos
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico
Rx dental (vista única)

Normatividad
NOM-013-SSA2-1994 Para la prevención y control de enfermedades bucales

109. Diagnóstico y tratamiento de pulpitis y necrosis pulpar

Descripción
Se incluye apoyo diagnóstico radiológico y manejo con analgésicos y antibióticos.

CIE - 10
K040 Pulpitis
K041 Necrosis de la pulpa

Medicamentos
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico
Rx panorámica dental

Normatividad
NOM-013-SSA2-1994 Para la prevención y control de enfermedades bucales

110. Diagnóstico y tratamiento de absceso maxilar

Descripción

Se incluye apoyo diagnóstico radiológico, manejo con analgésicos y antibióticos y consulta de seguimiento.

CIE - 10

K102 Afecciones inflamatorias de los maxilares

Medicamentos

1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico

Rx panorámica dental

Normatividad

NOM-013-SSA2-1994 Para la prevención y control de enfermedades bucales

111. Extracción de tercer molar

Descripción

Incluye consulta de odontología y de especialidad (cirugía maxilofacial), apoyo con auxiliares de diagnóstico, manejo en quirófano por un promedio de una hora y medicamentos analgésicos y antibióticos.

CIE - 10

K02 Caries dental

K05 Gingivitis y periodontitis

Medicamentos

1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico

Rx panorámica dental

Normatividad

NOM-013-SSA2-1994 Para la prevención y control de enfermedades bucales

112. Métodos temporales de planificación familiar: anticonceptivos hormonales

Descripción

Control de la fertilidad a parejas jóvenes mediante métodos temporales, incluye una consulta trimestral para control y medicación de anticonceptivos hormonales orales o inyectados. Esta intervención también contempla la anticoncepción de emergencia.

CIE - 10

Z304 Supervisión del uso de drogas anticonceptivas

Medicamentos

3508 Desogestrel y etinilestradiol. 28 tabletas 0.15 mg/0.03 mg

3507 Levonorgestrel y etinilestradiol. 28 Grageas 0.15 mg/0.03 mg

3509 Medroxiprogesterona y cipionato de estradiol. Susp inyec. 25 mg/5 mg

2210 Levonorgestrel. Tabletas 0.750 mg

3503 Noretisterona. Solución inyectable 200 mg/ml

3506 Noretisterona y etinilestradiol. Envase con 21 tabletas.

Normatividad

NOM-005-SS2-1993, de los servicios de planificación familiar

113. Métodos temporales de planificación familiar: preservativos

Descripción

Control mecánico de la fertilidad para parejas jóvenes a través de preservativos. La dotación de preservativos será de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana que se refiere a servicios de planificación familiar.

CIE - 10

Z30 Atención para la anticoncepción

Normatividad

NOM-005-SS2-1993, de los servicios de planificación familiar

114. Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino

Descripción

Se requiere de una visita médica para su aplicación, la segunda entre la cuarta y sexta semana posterior a la inserción, otra a los seis meses de la misma y posteriormente cada año. La efectividad del dispositivo tipo T Cu 380 A es de hasta 10 años, para multiload 375 y 250, y el que contiene progesterona es de tres a cinco años. También se incluye su aplicación post-obstétrica.

CIE - 10

Z301 Inserción de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)

Normatividad

NOM-005-SS2-1993, de los servicios de planificación familiar

115. Métodos definitivos de planificación familiar: vasectomía

Descripción

La vasectomía es una cirugía sencilla que no necesita quirófano y cuyo período de recuperación no precisa de estancia hospitalaria. Es suficiente contar con un espacio aséptico para su realización. No se necesitan estudios properatorios si el solicitante está sano. Se incluyen tres espermatoconteos y tres visitas médicas posteriores para evaluar la herida quirúrgica, la evolución de la intervención y la eficacia del procedimiento.

CIE - 9 - MC

63.73 Vasectomía

Medicamentos

3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico

Grupo sanguíneo y Rh
Examen general de orina
Biometría hemática
Química sanguínea de 3 elementos
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Espermatobioscopía

Normatividad

NOM-005-SS2-1993, de los servicios de planificación familiar

116. Métodos definitivos de planificación familiar: salpingoclasia (Oclusión tubaria bilateral)

Descripción

Método permanente de planificación familiar que consiste en la ligadura y corte de trompas de Falopio. Los exámenes prequirúrgicos incluyen tiempo de coagulación, química sanguínea, biometría hemática, general de orina, electrocardiograma (ECG) y valoración cardiológica. El procedimiento se realiza con anestesia epidural (bloqueo), se consideró en promedio una hora de quirófano, estancia corta por doce horas y una consulta posterior para revisión.

CIE - 10

Z300 Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción
Z302 Esterilización

CIE - 9 - MC

66.3 Oclusión bilateral de las trompas de Falopio

Medicamentos

3417 Diclofenaco. 20 tabletas 75 mg
0108 Metamizol. Tabletas de 500 mg
0109 Metamizol sódico . Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico

Grupo sanguíneo y Rh
Biometría hemática
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Electrocardiograma (ECG)

Normatividad

NOM-005-SS2-1993, de los servicios de planificación familiar

117. Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea

Descripción

El diagnóstico es clínico y el tratamiento a base de analgésicos orales y parenterales. Pueden incluirse exámenes simples como biometría hemática y examen general de orina. El ultrasonido se aplica en casos especiales a juicio del clínico.

CIE - 10

N944 Dismenorrea primaria

Medicamentos

1206 Butilhioscina tabletas 10 mg, c/20
1207 Butilhioscina ampolleta 20 mg 1 ml, c/3
3417 Diclofenaco tabletas 75 mg, c/20
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Examen general de orina
Ultrasonido pélvico

118. Atención del climaterio y menopausia

Descripción

El climaterio y la menopausia es una fase de la vida normal de la mujer, se le debe realizar historia clínica y una buena exploración física, dentro de los estudios de laboratorio se encuentra la citología cervical (para tinción de Papanicolaou) que contemple una calidad de la muestra adecuada con el material específico (cepillo endocervical o citobrush), perfil hormonal y densitometría si se sospecha decalcificación ósea. El tratamiento es hormonal sustitutivo, ejercicio, calcio y apoyo psicológico.

CIE - 10

N951 Menopausia y trastornos postmenopáusicos

Medicamentos

1006 Calcio 500 mg comprimidos efervescentes. Caja con 12 comp.
4163 Raloxifeno. Tabletas de 60 mg c/14 y 28
4161 Alendronato. Tabletas 10 mg c/30

Auxiliares de diagnóstico

Densitometría ósea
Citología cervical (tinción de Papanicolaou)
Perfil hormonal en la mujer

119. Diagnóstico y tratamiento de displasia cervical leve (NIC-I)

Descripción

Este servicio se proporciona a través de la clínica de displasias. Es un servicio especializado en diagnóstico y tratamiento de lesiones cervicales premalignas o displasias. Ante la presencia de una citología cervical (tinción de Papanicolaou) con reporte de Virus del Papiloma Humano (VPH) o displasia leve (Lesión de Bajo Grado, LIBG) se realizará un estudio colposcópico para descartar lesión y si se confirma esta evidencia, se tomará biopsia; en caso contrario se vigilará colposcópicamente cada seis meses durante veinticuatro meses a fin de permitir su remisión. El tratamiento específico, el seguimiento y la vigilancia epidemiológica se realizará de acuerdo al apéndice normativo de la NOM-014-SSA2-1994. A criterio del médico tratante, el tratamiento comprende fármacos, electrocirugía (90% de los casos) y/o criocirugía (10% de los casos) Las consultas de seguimiento están programadas a los 2, 4 y 6 meses.

CIE - 10

N870 Displasia cervical leve (NIC-I)

Medicamentos

1562 Nitrofurazona (Nitrofural). Óvulos 6 mg, c/6
2191 Vitamina A. Cápsulas 50 000 UI, 40 Cápsulas
1561 Metronidazol. Óvulos vaginales de 500 mg c/10
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30
1903 Trimetoprim con sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30
1940 Doxiciclina. Tabletas 100 mg, c/10
1973 Clindamicina. Solución inyectable 300 mg/ 2 ml. Una ampolleta con 2 ml
2133 Clindamicina. Cápsulas 300 mg 16 cápsulas

Auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Colposcopía
Biopsia de cérvix
Conización cervical
Citología cervical (tinción de Papanicolaou)

120. Diagnóstico y tratamiento de displasia cervical moderada (NIC-II)

Descripción

Este servicio se proporciona a través de la clínica de displasias. Es un servicio especializado en diagnóstico y tratamiento de lesiones cervicales premalignas o displasias. Ante reporte de citología cervical con displasia moderada se realizará estudio colposcópico para confirmación diagnóstica por biopsia o conización cervical. El tratamiento específico, el seguimiento y la vigilancia epidemiológica se realizará de acuerdo al apéndice normativo de la NOM-014-SSA2-1994. A criterio del médico tratante, el tratamiento comprende fármacos, electrocirugía (90% de los casos) y/o criocirugía (10% de los casos) Las consultas de seguimiento están programadas a los 2, 4 y 6 meses.

CIE - 10

N871 Displasia cervical moderada (NIC-II)

Medicamentos

1562 Nitrofurazona (Nitrofural). Óvulos 6 mg, c/6
2191 Vitamina A Cápsulas 50 000 UI, 40 Cápsulas
1561 Metronidazol. Óvulos vaginales de 500 mg c/10
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30
1903 Trimetoprim con sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30
1940 Doxiciclina. Tabletas 100 mg, c/10
1973 Clindamicina. Solución inyectable 300 mg/ 2 ml. Una ampolleta con 2 ml
2133 Clindamicina. Cápsulas 300 mg 16 cápsulas

Auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Colposcopía
Biopsia de cérvix
Conización cervical
Citología cervical (tinción de Papanicolaou)

121. Examen y prueba del embarazo

Descripción

Ante la sospecha clínica de embarazo se solicitará el diagnóstico confirmatorio mediante una prueba inmunológica. Se apoya con exámenes de laboratorio que incluyen biometría hemática, química sanguínea, examen de orina, VDRL, tipo sanguíneo y para mujeres de alto riesgo prueba de VIH.

CIE - 10

Z32 Examen y prueba del embarazo

Auxiliares de diagnóstico

Prueba de embarazo (enzimática)
Prueba de embarazo (inmunológica)
VDRL
Química sanguínea
Biometría hemática
Grupo sanguíneo y Rh
Examen general de orina

Normatividad

NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

122. Atención del embarazo normal (Atención prenatal)

Descripción

Incluye el seguimiento prenatal de acuerdo al cuadro que se muestra abajo. Se apoya con exámenes periódicos de laboratorio que incluyen biometría hemática, química sanguínea y examen de orina. Los diagnósticos asociados con alto riesgo (obesidad, eclampsia, diabetes, placenta previa, retraso de crecimiento uterino y otros) se refieren al especialista. La cardiotocografía y el ultrasonido se aplican en casos especiales a juicio del clínico. Debe disponerse de hidralazina ante la posiblidad de prevenir complicaciones (15% de los casos). Esta intervención incluye manejo de amenaza de aborto y amenaza de parto pretérmino.

CIE - 10

Z34 Supervisión de embarazo normal

Medicamentos

1711 Ácido fólico. Tabletas 0.4 mg, c/90
4376 Polivitaminas y minerales. Envase con 30 tabletas
3809 Toxoide tetánico. Frasco con 10 dosis
4201 Hidralazina. Solución inyectable 20 mg. 5 ampolletas con un ml
0570 Hidralazina. Tableta 10 mg c/20 tabletas
3412 Indometacina. 6 ó 15 Supositorios de 100 mg
0597 Nifedipino (como antioxitóxico). 20 cápsulas de gelatina blanda de 10 mg

Auxiliares de diagnóstico

Química sanguínea
Biometría hemática
Examen general de orina
Ultrasonido obstétrico
Perfil TORCH

Normatividad

NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio: 1a. Consulta en el transcurso de las primeras 12 semanas; 2a. Consulta entre la 22 - 24 semanas de gestación; 3a. Consulta entre la 27 - 29 semanas de gestación; 4a. Consulta entre la 33 - 35 semanas de gestación; 5a. Consulta entre la 38 - 40 semanas de gestación; Cons. prenatales de acuerdo a la NOM 007 SSA 2-1993

123. Atención del parto normal

Descripción

Incluye la atención del parto desde su llegada a la sala de labor para su preparación, trabajo de parto, nacimiento y alumbramiento por vía vaginal. Incluye todos los insumos de una sala de expulsión.

CIE - 9 - MC

73.5 Parto asistido manualmente

CIE - 10

O80.9 Parto espontáneo

Medicamentos

3412 Indometacina. 6 ó 15 Supositorios de 100 mg
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30
3417 Diclofenaco. Tabletas 75 mg, c/20
1544 Ergometrina (ergonovina) Solución inyectable, 0.2 mg/ ml, 50 amp con 1 ml

Auxiliares de diagnóstico

Grupo sanguíneo y Rh
Biometría hemática
Química sanguínea de 3 elementos
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial

Normatividad

NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

124. Atención del puerperio normal

Descripción

Incluye la atención de la madre después del parto (puerperio) mediato y consulta de seguimiento.

CIE - 10

Z39 Examen y atención del posparto

Medicamentos

3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30
3417 Diclofenaco. Tabletas 75 mg, c/20

Normatividad

NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

125. Atención del recién nacido normal

Descripción

Incluye los cuidados inmediatos del recién nacido, la valoración Apgar, Silverman-Andersen, inicio de lactancia materna, profilaxis ocular, aplicación de vitamina K y las primeras inmunizaciones de acuerdo a la Cartilla Nacional del Niño y el Adolescente.

CIE - 10

Z370 Recién nacido vivo

Medicamentos

2821 Cloramfenicol. Solución oftálmica con 15 ml
1732 Vitamina K. Ampolleta 2 mg, 0.2 ml, c/3
3802 Vacuna Sabin. Frasco gotero con 20 dosis
3801 Vacuna BCG. Ampolleta con 10 dosis

Normatividad

NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

126. Atención del parto por cesárea y del puerperio quirúrgico

Descripción

La cesárea está indicada en embarazo de alto riesgo o cuando se presentan complicaciones durante el parto que ponen en peligro a la madre y/o el producto. Se realiza con anestesia epidural (bloqueo), pero puede utilizarse anestesia general en caso necesario. Se consideró en promedio una hora y media de quirófano y estancia hospitalaria durante un día y medio, así como una consulta de control y seguimiento.

CIE - 9 - MC

74. Cesárea

CIE - 10

O82.9 Cesárea
Z39 Examen y atención del posparto

Medicamentos

3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30
3417 Diclofenaco. Tabletas 75 mg, c/20
1544 Ergometrina (ergonovina) Solución inyectable, 0.2 mg/ ml, 50 amp con 1 ml
1954 Gentamicina. Solución inyectable de 80 mg
1955 Gentamicina. Solución inyectable de 20 mg
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
1928 Dicloxacilina. Ampolletas 250 mg
1921 Penicilina sódica cristalina. Frasco ámpula 1 000 000 UI
1973 Clindamicina. Solución inyectable 300 mg/ 2 ml. Una ampolleta con 2 ml
2133 Clindamicina. Cápsulas 300 mg 16 cápsulas
1309 Metronidazol. Ampolletas 200 mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Grupo sanguíneo y Rh
Biometría hemática
Química sanguínea de 3 elementos
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Ultrasonografía
Tococardiografía

Normatividad

NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

127. Estimulación temprana del recién nacido normal y del prematuro

Descripción

La estimulación temprana del recién nacido es el tratamiento que facilita el desarrollo integral, la maduración del sistema nervioso y el desarrollo de habilidades, principalmente en los pacientes prematuros. La prematurez (peso menor a 2500 g) representa el 9% del 1. 4 millones de recién nacidos registrados en el año 2000. Esta intervención está programada en una sesión cada dos semanas durante seis meses a grupos promedio de 5 - 7 niños.

CIE - 10

Z501 Otras terapias físicas
P073 Recién nacido pretérmino

128. Diagnóstico y tratamiento de eclampsia

Descripción

También llamada enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. El diagnóstico es clínico y se apoya con análisis de laboratorio. El tratamiento incluye medidas de monitoreo intensivo como mantener las vías respiratorias superiores permeables y la ventilación, evitar la mordedura de la lengua, evitar traumatismos durante la crisis convulsiva, espirar secreciones de las vías respiratorias superiores, canalizar dos venas con venoclisis y registro continuo de signos vitales. Se incluyen medicamentos para el control de la presión arterial y de las crisis convulsivas.

CIE - 10

O15 Eclampsia

Medicamentos

3215 Diazepam. 20 tabletas de 10 mg
2601 Fenobarbital. Comprimidos 50 mg, c/30
3629 Sulfato de Magnesio. Solución inyectable 1g/10 ml envase 10 ámpulas
4201 Hidralazina. Solución inyectable 20 mg. 5 ampolletas con un ml
0570 Hidralazina. Tableta 10 mg c/20 tabletas
0597 Nifedipino. 20 cápsulas de gelatina blanda de 10 mg
0566 Metildopa (l-alfametildopa). 30 tabletas 250 mg
2141 Betametasona. Solución inyectable 4 mg/ml, Amp. 1 ml
4241 Dexametasona. Solución inyectable 8 mg/2ml, Amp. 2 ml
1051 Insulina humana acción rápida regular. Frasco 10 ml, 100 U/ml
Gluconato de calcio
Bicarbonato de sodio

Auxiliares de diagnóstico

Examen general de orina (determinación de proteinuria)
Biometría hemática con cuenta plaquetaria
Química sanguínea completa
Tiempos de coagulación
Depuración de creatinina en orina de 12 ó 24 horas
Grupo sanguíneo y Rh
Electrocardiograma
Ultrasonido obstétrico
Tococardiografía

Normatividad

- NOM-007-SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio
- Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia (2002)

129. Diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia

Descripción

Se caracteriza por una presión arterial de 140/90 mm Hg o más (o elevación de 30 mm Hg sistólica y 15 mm Hg diastólica), cuando se conocen las cifras básales previas. Se presenta después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria de más de 300 mg en 24 hrs y ausencia de síntomas de vasoespasmo. El mismo día del diagnóstico se efectuará la referencia de la paciente a un segundo nivel de atención, con historia clínica completa y nota de traslado para su manejo y tratamiento definitivo hasta la resolución del embarazo.

CIE - 10

O140 Preeclampsia moderada
O149 Preeclampsia, no especificada

Medicamentos

0566 Metildopa (l-alfametildopa). 30 tabletas 250 mg
0570 Hidralazina. Tableta 10 mg c/20 tabletas
4201 Hidralazina. Solución inyectable 20 mg. 5 ampolletas con un ml

Auxiliares de diagnóstico

Examen general de orina (determinación de proteinuria)
Biometría hemática con cuenta plaquetaria
Química sanguínea completa
Tiempos de coagulación
Depuración de creatinina en orina de 12 ó 24 horas
Grupo sanguíneo y Rh
Ultrasonido obstétrico

Normatividad

- NOM-007-SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio
- Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia (2002)

130. Diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia severa

Descripción

Se caracteriza por una presión arterial de 160/110 mm Hg o más, después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria mayor de 5 gr en 24 hrs, presencia de cefalea, acúfenos, fosfenos y edema generalizado. Su manejo es hospitalario e incluye medidas generales como ayuno, reposo en decúbito lateral izquierdo, vena permeable, sonda urinaria y monitoreo de signos vitales. Incluye medicamentos para el control de la presión sanguínea y para la prevención de convulsiones.

CIE - 10

O141 Preeclampsia severa

Medicamentos

0566 Metildopa (l-alfametildopa). 30 tabletas 250 mg
0570 Hidralazina. Tableta 10 mg c/20 tabletas
4201 Hidralazina. Solución inyectable 20 mg. 5 ampolletas con un ml
0597 Nifedipino. 20 cápsulas de gelatina blanda de 10 mg
2601 Fenobarbital. Comprimidos 50 mg, c/30
4241 Dexametasona. Solución inyectable 8 mg/2ml, Amp. 2 ml
3629 Sulfato de Magnesio. Solución inyectable 1g/10 ml envase 10 ámpulas

Auxiliares de diagnóstico

Examen general de orina (determinación de proteinuria)
Biometría hemática con cuenta plaquetaria
Química sanguínea completa
Tiempos de coagulación
Depuración de creatinina en orina de 12 ó 24 horas
Grupo sanguíneo y Rh
Electrocardiograma
Ultrasonido obstétrico
Tococardiografía

Normatividad

- NOM-007-SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio
- Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia (2002)

131. Hemorragia obstétrica puerperal

Descripción

La hemorragia obstétrica puerperal ocupa el 75% de los casos que se clasifican como causas de hemorragia obstétrica. Su diagnóstico es clínico y se apoya de auxiliares de diagnóstico, sangre y hemoderivados y medicamentos.

CIE - 10

O72 Hemorragia postparto

Medicamentos

Sangre y hemoderivados
0109 Metamizol sódico (Dipirona). Sol. Inyec. 1 g/2 ml (Caja c/3 amp)
1931 Ampicilina. Solución Inyectable 500 mg
1935 Cefotaxima Ampolleta 1 g, 4 ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1703 Sulfato ferroso. 50 Tabletas 200 mg

Auxiliares de diagnóstico

Examen general de orina
Biometría hemática completa
Química sanguínea completa
Tiempos de coagulación
Grupo sanguíneo y Rh
Electrocardiograma
Ultrasonido pélvico

Normatividad

NOM-007-SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

132. Hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

Descripción

Se considera dentro del grupo de causas de hemorragia obstétrica. Ocurre en uno de cada 200 embarazos. Su diagnóstico es clínico y se apoya de auxiliares de diagnóstico, sangre y hemoderivados y medicamentos.

CIE - 10

O44 Placenta previa
O45 Desprendimiento prematuro de la placenta (abruptio placentae)

Medicamentos

Sangre y hemoderivados
0109 Metamizol sódico (Dipirona). Sol. Inyec. 1 g/2 ml (Caja c/3 amp)
1931 Ampicilina. Solución Inyectable 500 mg
1935 Cefotaxima Ampolleta 1 g, 4 ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1703 Sulfato ferroso. 50 Tabletas 200 mg

Auxiliares de diagnóstico

Examen general de orina
Biometría hemática completa
Química sanguínea completa
Tiempos de coagulación
Grupo sanguíneo y Rh
Electrocardiograma
Ultrasonido pélvico

Normatividad

NOM-007-SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

133. Ruptura uterina

Descripción

Se considera dentro del grupo de causas de hemorragia obstétrica. Ocurre en uno de cada 1,200 embarazos. Su diagnóstico es clínico y se apoya de auxiliares de diagnóstico, sangre y hemoderivados y medicamentos.

CIE - 10

O710 Ruptura del útero antes del inicio del trabajo de parto
O711 Ruptura del útero durante el trabajo de parto

Medicamentos

Sangre y hemoderivados
0109 Metamizol sódico (Dipirona). Sol. Inyec. 1 g/2 ml (Caja c/3 amp)
1931 Ampicilina. Solución Inyectable 500 mg
1935 Cefotaxima Ampolleta 1 g, 4 ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1703 Sulfato ferroso. 50 Tabletas 200 mg

Auxiliares de diagnóstico

Examen general de orina
Biometría hemática completa
Química sanguínea completa
Tiempos de coagulación
Grupo sanguíneo y Rh
Electrocardiograma
Ultrasonido pélvico

Normatividad

NOM-007-SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

134. Enfermedad trofoblástica

Descripción

Se considera dentro del grupo de causas de hemorragia obstétrica. Ocurre en uno de cada 500 embarazos. Su diagnóstico es clínico y se apoya de auxiliares de diagnóstico, sangre y hemoderivados y medicamentos.

CIE - 10

O01 Mola hidatiforme

Medicamentos

Sangre y hemoderivados
0109 Metamizol sódico (Dipirona). Sol. Inyec. 1 g/2 ml (Caja c/3 amp)
1931 Ampicilina. Solución Inyectable 500 mg
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g, 4 ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1703 Sulfato ferroso. 50 Tabletas 200 mg
1759 Metrotexato. 50 Tabletas 2.5 mg

continúa/

/continuación

Auxiliares de diagnóstico
Examen general de orina
Biometría hemática completa
Química sanguínea completa
Tiempos de coagulación
Grupo sanguíneo y Rh
Electrocardiograma
Ultrasonido pélvico
Fracción Beta de la Gonadotropina Coriónica Humana

Normatividad
NOM-007-SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

135. Embarazo ectópico

Descripción
La ruptura del embarazo ectópico es una urgencia médica que debe atenderse inmediatamente en quirófano. Ocurre en 20 de cada 1,000 embarazos. Incluye biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, tiempos de coagulación, radiografía simple de abdomen y ultrasonido de hueco pélvico. Incluye un promedio de dos días de hospitalización y una consulta de seguimiento.

CIE - 10
O00 Embarazo ectópico

Medicamentos
Sangre y hemoderivados
0109 Metamizol sódico (Dipirona). Sol. Inyec. 1 g/2 ml (Caja c/3 amp)
1931 Ampicilina. Solución Inyectable 500 mg
1935 Cefotaxima Ampolleta 1 g, 4 ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1703 Sulfato ferroso. 50 Tabletas 200 mg

Auxiliares de diagnóstico
Examen general de orina
Biometría hemática completa
Química sanguínea completa
Tiempos de coagulación
Grupo sanguíneo y Rh
Electrocardiograma
Ultrasonido pélvico
Rx de abdomen (de pie y decúbito)

Normatividad
NOM-007-SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

136. Endometritis puerperal

Descripción
La infección puerperal es un grupo de patologías que ocupa una de las principales complicaciones de la paciente obstétrica (ocurre en el 2% de los partos y en el 20% de las cesáreas). Dentro de este grupo la endometritis puerperal tiene un peso del 75% de los casos por lo que en ocasiones se consideran sinónimos. El diagnóstico es clínico y se apoya con estudios de laboratorio y medicamentos antibióticos.

CIE - 10
O85 Sepsis puerperal

Medicamentos
1931 Ampicilina. Solución Inyectable 500 mg
1935 Cefotaxima Ampolleta 1 g, 4 ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
1928 Dicloxacilina. Ampolletas 250 mg

Auxiliares de diagnóstico
Biometría hemática completa
Ultrasonido pélvico

137. Infección superficial de episiorrafia o herida quirúrgica obstétrica

Descripción
Ocupa el 20% de las causas de infección puerperal. El diagnóstico es clínico y se apoya con estudios de laboratorio y medicamentos antibióticos.

Medicamentos
1931 Ampicilina. Solución Inyectable 500 mg
1935 Cefotaxima Ampolleta 1 g, 4 ml

continúa/

/continuación

CIE - 10
O86 Otras infecciones puerperales

1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
1928 Dicloxacilina. Ampolletas 250 mg

Auxiliares de diagnóstico
Biometría hemática completa

138. Pelviperitonitis

Descripción
Ocupa el 5% de las causas de infección puerperal. El diagnóstico es clínico y se apoya con estudios de laboratorio y medicamentos antibióticos.

CIE - 10
O861 Otras infecciones genitales consecutivas al parto

Medicamentos
1931 Ampicilina. Solución Inyectable 500 mg
1935 Cefotaxima Ampolleta 1 g, 4 ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
1928 Dicloxacilina. Ampolletas 250 mg

Auxiliares de diagnóstico
Biometría hemática completa
Ultrasonido pélvico
Rx de abdomen (de pie y decúbito)
Examen general de orina

139. Choque séptico puerperal

Descripción
Ocupa el 5% de las causas de infección puerperal. Se considera una urgencia y debe tratarse de inmediato. El diagnóstico es clínico y se apoya con estudios de laboratorio y medicamentos antibióticos.

CIE - 10
O751 Choque durante o despues del trabajo de parto y el parto

Medicamentos
1931 Ampicilina. Solución Inyectable 500 mg
1935 Cefotaxima Ampolleta 1 g, 4 ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
1928 Dicloxacilina. Ampolletas 250 mg

Auxiliares de diagnóstico
Biometría hemática completa
Ultrasonido pélvico
Rx de abdomen (de pie y decúbito)
Examen general de orina
Pruebas de coagulación
Grupo y Rh

140. Ictericia neonatal

Descripción
Es un fenómeno que ocurre en diverso grado en la mayoría de los recién nacidos durante los primeros días de vida y solo en algunos casos es patológica. Excepcionalmente la ictericia puede ser intensa manifestándose en las extremidades y las cifras de bilirrubina pueden llegar a ser potencialmente peligrosas ameritando la evaluación y tratamiento médico. El tratamiento usual es con fototerapia.

CIE - 10
P58 Ictericia neonatal

Auxiliares de diagnóstico
Biometría hemática completa
Bilirrubinas

141. Rehabilitación de fracturas

Descripción
Para fracturas no complicadas comprende en promedio 10 sesiones de una hora, tratamiento analgésico y una radiografía para control.

CIE - 9 - MC
93.1 Fisioterapia

Medicamentos
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30
3417 Diclofenaco. Tabletas 75 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico
Rx simple

142. Rehabilitación de parálisis facial

Descripción

La parálisis facial es la pérdida temporal o permanente de la acción voluntaria de los músculos de la cara. La rehabilitación se basa en la aplicación de calor local en la zona afectada, masajes y estimulación con ultrasonido. Se programan dos consultas semanales hasta completar un promedio de 10 sesiones de una hora.

CIE - 10

G510 Parálisis facial

Medicamentos

2714 Complejo B. 30 tabletas o cápsulas que contienen tiamina 100 mg, piridoxina 5 mg, cianocobalamina 5 µg

143. Estabilización en urgencias por crisis hipertensiva

Descripción

Esta intervención pretende proporcionar al paciente atención médica de urgencias hasta su estabilización y envío a un servicio especializado para su atención integral. Incluye estudios de laboratorio, gabinete y medicamentos de urgencia.

CIE - 10

I10 Hipertensión esencial (primaria)

Medicamentos

0561 Clortalidona. Tabletas 50 mg, c/20
0597 Nifedipino. Tabletas 10 mg, c/24
0592 Isosorbide, tabletas sublinguales 5 mg c/20
0574 Captopril. Tabletas 25 mg, c/30
2501 Enalapril o Lisinopril, tabletas 10 mg c/30
0572 Metoprolol. Tabletas 100 mg, c/20
2540 Telmisartán. 28 ó 30 tabletas de 40 mg
0598 Verapamilo. Solución inyectable 5mg/2ml. Ampolleta con 2ml
0596 Verapamilo. 20 grageas o tabletas recubiertas de 80 mg

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Colesterol total en sangre
Colesterol en sangre fracciones HDL/LDL
Examen general de orina
Química sanguínea de 3 elementos
Electrolitos séricos
Rx tórax
Electrocardiograma

Normatividad

Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial

144. Estabilización en urgencias del paciente diabético (cetoacidosis)

Descripción

Esta intervención pretende proporcionar al paciente atención médica de urgencias hasta su estabilización y envío a un servicio especializado para su atención integral. Incluye estudios de laboratorio, gabinete y medicamentos de urgencia.

CIE - 10

E116 Diabetes mellitus con complicaciones

Medicamentos

1050 Insulina intermedia NPH Frasco 10 ml,100 U/ml sol.iny
1051 Insulina humana acción rápida regular Frasco 10 ml,100 U/ml

Auxiliares de diagnóstico

Examen general de orina
Electrolitos séricos
Química sanguínea de 3 elementos
Biometría hemática
Gasometría arterial

145. Manejo en urgencias del síndrome hiperglucémico no cetósico

Descripción

Esta intervención pretende proporcionar al paciente atención médica de urgencias hasta su estabilización y envío a un servicio especializado para su

Medicamentos

1050 Insulina intermedia NPH Frasco 10 ml, 100 U/ml sol.iny
1051 Insulina humana acción rápida regular Frasco 10 ml, 100 U/ml

continúa/

/continuación

atención integral. Incluye estudios de laboratorio, gabinete y medicamentos de urgencia.

CIE - 10

E116 Diabetes mellitus con complicaciones

Auxiliares de diagnóstico

Examen general de orina
Electrolitos séricos
Química sanguínea de 3 elementos
Biometría hemática
Gasometría arterial

146. Estabilización en urgencias por angor pectoris

Descripción

Esta intervención pretende proporcionar al paciente atención médica de urgencias hasta su estabilización y envío a un servicio especializado para su atención integral. Incluye estudios de laboratorio, gabinete y medicamentos de urgencia.

CIE - 10

I20 Angina de pecho

Medicamentos

0598 Verapamilo. Solución inyectable 5mg/2ml. Ampolleta con 2ml
0596 Verapamilo. 20 grageas o tabletas recubiertas de 80 mg
0592 Isosorbide, tabletas sublinguales 5 mg c/20
0591 Trinitrato de glicerilo. Parche 0.5 mg

Auxiliares de diagnóstico

Examen general de orina
Electrolitos séricos
Química sanguínea de 3 elementos
Biometría hemática
Rx de tórax (posteroanterior, anteroposterior o lateral)
Gasometría arterial
Creatin-fosfocinasa (CPK) subunidad B
Creatin-fosfoquinasa (CPK)
Electrocardiograma

147. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por benzodiacepinas

Descripción

El diagnóstico es clínico basado en los antecedentes. Incluye atención en urgencias y consulta de seguimiento. Se incluyen auxiliares de diagnóstico específicos. Pueden emplearse biometría hemática, creatinina, nitrógeno ureico, glucemia, general de orina, radiografías y gases arteriales.

CIE - 10

Y471 Efectos adversos de benzodiazepinas

Medicamentos

2611 Fenitoína. Suspensión 37.5mg/5m
0525 Fenitoína. Tabletas 100 mg, c/50
2707 Ácido ascórbico. Tabletas 100 mg 20 Tabletas
2242 Carbón activado Polvo. Envase con 1 kg.

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Creatinina en sangre
Glucosa en sangre
Gasometría arterial
Examen general de orina
Glucosa en sangre
Rx de tórax (posteroanterior, anteroposterior o lateral)
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)
Detección de metabolitos en orina

148. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por fenotiazinas

Descripción

El diagnóstico es clínico basado en los antecedentes. Incluye atención en urgencias y consulta de seguimiento. Se incluyen auxiliares de diagnóstico específicos. Pueden emplearse biometría hemática, creatinina, nitrógeno ureico, glucemia, general de orina, radiografías y gases arteriales.

CIE - 10

Y493 Efectos adversos de antipsicóticos y neurolépticos fenotiazínicos

Medicamentos

0572 Metoprolol. Tabletas 100 mg, c/20
2144 Loratadina. Tabletas 10 mg, c/20
2145 Loratadina. Suspensión c/60 ml
4054 Flumazenil. Solución inyectable 0.5 mg / 5 ml Una ampolleta con 5 ml

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática

continúa/

/continuación

Creatinina en sangre
Glucosa en sangre
Gasometría arterial
Examen general de orina
Glucosa en sangre
Rx de tórax (posteroanterior, anteroposterior o lateral)
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)
Detección de metabolitos en orina

149. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por alcaloides

Descripción

Es una de las intoxicaciones por cáusticos que se caracteriza por áreas de necrosis de licuafacción con reblandecimiento y penetración profunda a los tejidos. Es causada por ingesta de hidróxido de sodio, hidróxido de potasio, fosfato sódico, carbonato de sodio y silicato de sodio. El diagnóstico es clínico basado en los antecedentes. Incluye atención en urgencias y consulta de seguimiento. Pueden emplearse biometría hemática, creatinina, nitrógeno ureico, glucemia, general de orina, radiografías y gases arteriales. Se incluye manejo con penicilina y metronidazol para evitar infecciones agregadas a las lesiones.

CIE - 10

T543 Efecto tóxico de sustancias alcaloides

Medicamentos

1921 Penicilina sódica cristalina. Fco. Ámpula 1 000 000 UI
1309 Metronidazol. Ampolletas 200 mg

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Creatinina en sangre
Glucosa en sangre
Gasometría arterial
Examen general de orina
Glucosa en sangre
Rx de tórax (posteroanterior, anteroposterior o lateral)
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)

150. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda alimentaria

Descripción

Es secundaria al consumo de alimentos contaminados. El diagnóstico se basa en los antecedentes y en el cuadro clínico que depende de las toxinas del agente causal: Staphylococcus aureus, Clostridium perfringes, Clostridium botulinum, Salmonella sp, Shigella sp o Escherichia coli. El diagnóstico se basa en los antecedentes y el cuadro clínico. Incluye atención en consulta externa o en urgencias. Se incluyen auxiliares de diagnóstico generales. Pueden emplearse biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina. Debido a que la enfermedad no es una infección no se emplean antibióticos.

CIE - 10

A05 Intoxicación alimentaria bacteriana
A050 Intoxicación alimentaria estafilocóccica

Medicamentos

2242 Carbón activado. Polvo. Envase con 1 kg.

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina

151. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por salicilatos

Descripción

Las manifestaciones más importantes en el envenenamiento por salicilatos son la hiperpnea y los trastornos en el equilibrio ácido-básico. El diagnóstico es clínico basado en los antecedentes y en el cuadro clínico. Incluye atención en urgencias y consulta de seguimiento. Se incluyen auxiliares de diagnóstico específicos. Pueden emplearse biometría hemática, creatinina, nitrógeno ureico, glucemia, general de orina, radiografías y gases arteriales. En casos graves la diálisis puede salvar la vida del paciente.

CIE - 10

Y451 Efectos adversos de salicilatos

Medicamentos

2242 Carbón activado. Polvo. Envase con 1 kg.
Bicarbonato de sodio
Cloruro de potasio

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Gasometría arterial
Examen general de orina
Prueba para salicilatos en orina

152. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol metílico

Descripción

La intoxicación se presenta principalmente por la adulteración de licores. El diagnóstico es clínico basado en el cuadro y los antecedentes. Las principales manifestaciones son trastornos visuales y acidosis metabólica. Incluye atención en urgencias y consulta de seguimiento. Se incluyen auxiliares de diagnóstico específicos. Puede emplearse biometría hemática, creatinina, nitrógeno ureico, glucemia y general de orina.

CIE - 10

T51 Efecto tóxico del alcohol

Medicamentos

2242 Carbón activado. Polvo. Envase con 1 kg.
2714 Complejo B. 30 tabletas o cápsulas que contienen tiamina 100 mg, piridoxina 5 mg, cianocobalamina 5 µg
Bicarbonato de sodio
Etanol

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina
Biometría hemática
Detección de metabolitos en orina

153. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por organofosforados

Descripción

Los insecticidas organofosforados se utilizan ampliamente en agricultura comercial y jardinería casera. El cuadro clínico incluye síntomas de inhibición de la enzima acetilcolinesterasa: cólico abdominal, diarrea, vómito, salivación excesiva, sudación, lagrimeo, miosis, sibilancias, broncorrea y convulsiones. El tratamiento inicial es lavado gástrico y administración de carbón activado.

CIE - 10

T600 Efecto tóxico de insecticidas organofosforados y carbamatos

Medicamentos

2242 Carbón activado Polvo. Envase con 1 kg.
0204 Atropina. Solución inyectable 1mg/ml. 50 amp de 1 ml
Pralidoxima

Auxiliares de diagnóstico

Colinesterasa sérica

154. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por monóxido de carbono

Descripción

El diagnóstico es clínico y se basa en los antecedentes y en el cuadro clínico. Se incluye consulta en urgencias y manejo con oxígeno por un promedio de tres horas.

CIE - 10

T58 Efecto tóxico del monóxido de carbono

Medicamentos

Oxígeno

155. Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente

Descripción

Es una urgencia médica, requiere la inmovilización del miembro afectado, colocando torniquete por arriba del sitio afectado cada 30 minutos, lavado mecánico en el sitio de la mordedura y la aplicación de suero antiofídico diluido en solución salina isotónica. Se realizarán pruebas de coagulación, fibrinógeno y creatinina para evaluar evolución. Para evitar infección en sitio de la herida, se administran antibióticos profilácticos.

CIE - 10

T630 Efecto tóxico del veneno de serpiente

Medicamentos

3843 Suero antiviperino. Fco. Ámpula 10 ml, unidosis
2510 Penicilina G. Procaínica Ampolleta 400 000 UI
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
1927 Dicloxacilina. Suspensión 250 mg

Auxiliares de diagnóstico

Creatinina en sangre
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Gasometría arterial

156. Diagnóstico y tratamiento del alacranismo

Descripción

Ante la certeza o sospecha de picadura de alacrán por cuadro clínico o antecedentes epidemiológicos, deberá aplicarse suero antialacrán en los primeros 30 minutos posteriores a la picadura, considerando que este

Medicamentos

105 Paracetamol. Supositorios 300 mg
106 Paracetamol. 100 mg/ml, frasco15 ml
108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20

continúa/

/continuación

accidente constituye una verdadera urgencia médica en niños, mujeres embarazadas y ancianos, por el riesgo de complicaciones o muerte en edades extremas de la vida. En áreas endémicas con Alacranismo, en los lactantes el único dato podría ser la aparición súbita de sintomatología respiratoria o neurológica acompañada por llanto intenso. Se deben monitorear signos vitales, mantener una vena canalizada y en su caso, detectar y tratar oportunamente insuficiencia cardiaca o respiratoria, principal causa de muerte. La dosis de suero antialacrán será de acuerdo a la respuesta con un máximo de cinco aplicaciones. Incluye analgésicos para el dolor.

CIE - 10

T632 Efecto tóxico por veneno de escorpión (alacrán)

3417 Diclofenaco Tabletas 75 mg, c/20
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
3842 Suero antialacrán. Frasco ámpula con 5 ml, unidosis
2142 Clorfenamina (Clorfeniramina). 5 ampolletas 10 mg

Normatividad

PROY NOM-033-SSA2-2000, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán

157. Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, araña y otros artrópodos

Descripción

Incluye consulta y manejo en urgencias por un promedio de dos horas.

CIE - 10

T633 Efecto tóxico por veneno de arañas
T634 veneno de otros artropodos
X23 Contacto traumático con avispones, avispas y abejas

Medicamentos

105 Paracetamol. Supositorios 300 mg
106 Paracetamol. 100 mg/ml, frasco15 ml
108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
109 Metamizol sódico (dipirona). 3 ampolletas con 2 ml. 1 g/2 ml
3417 Diclofenaco Tabletas 75 mg, c/20
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
0474 Hidrocortisona. 50 frascos ámpula y diluyente de 2 ml. 100 mg/2 ml
0402 Clorfenamina (clorfeniramina). 20 tabletas 4 mg

158. Manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos

Descripción

Atención inmediata a persona expuesta por contacto con animal sospechoso de rabia (perro, gato, murciélago y otros animales silvestres). Se inicia con lavado mecánico en la mordedura y si el estudio clínico epidemiológico es sospechoso o positivo a rabia, aplicación de inmunoglobulina antirrábica en el sitio de la lesión grave y toxoide tetánico. Incluye vacuna antirrábica inactiva y vigilancia del perro o gato agresor por 10 días.

CIE - 10

W54 Mordedura o ataque de perro

CIE - 9 - MC

99.44 Vacunación contra rabia

Medicamentos

1923 Bencilpenicilina procaínica/bencilpenicilina cristalina, Susp. Inyec. 300,000 UI/100,000 UI
1924 Bencilpenicilina procaínica/bencilpenicilina cristalina, Susp inyec 600,000 UI/200,000 UI
1925 Penicilina G. Benzatínica. Ampolleta 1 200 000 UI
1921 Penicilina sódica cristalina. Fco. Ámpula 1 000 000 UI
2510 Penicilina G. Procaínica. Ampolleta 400 000 UI
3809 Toxoide tetánico. Fco. Ámpula con 10 dosis
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
1927 Dicloxacilina. Suspensión 250 mg
3817 Vacuna antirrábica inactiva. Frasco 2 ml (300 UI/ml)
3833 Inmunoglobulina humana antirrábica. 300 UI/ml. Ámpula c/2 ml
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico

Muestra de encéfalo (del animal agresor)

Normatividad

NOM-011-SSA2-1993, Para la prevención y control de la rabia

159. Extracción de cuerpos extraños

Descripción

Incluye atención en urgencias y manejo con antinflamatorios no esteroides.

CIE - 10

T15 Cuerpo extraño en parte externa del ojo
T16 Cuerpo extraño en el oido

Medicamentos

3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

continúa/

/continuación

T17 Cuerpo extraño en las vias respiratorias
T18 Cuerpo extraño en el tubo digestivo
T19 Cuerpo extraño en las vias genitourinarias
W44 Cuerpo extraño que penetra por el ojo u orificio natural
W45 Cuerpo extraño que penetra a traves de la piel

160. Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas)

Descripción

Comprende lesiones que no requieren hospitalización y cuya atención deberá ser en el área de urgencias en las primeras cuatro horas para evitar procesos infecciosos. Pueden ser producidas por trauma directo y cortaduras. Incluye tratamiento farmacológico, radiografía simple y consulta de control.

CIE - 10

S01 Herida de la cabeza
S11 Herida del cuello
S21 Herida del tórax
S31 Herida del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis
S41 Herida del hombro y del brazo
S51 Herida del antebrazo y del codo
S61 Herida de la muñeca y de la mano
S71 Herida de la cadera y del muslo
S81 Herida de la pierna
S91 Herida del tobillo y del pie

Medicamentos

1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
1928 Dicloxacilina. Ampolletas 250 mg
1939 Cefalexina. Tabletas 500 mg, c/20
3809 Toxoide tetánico. Fco. Ámpula con 10 dosis
3417 Diclofenaco. Tabletas 75 mg, c/20
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

D-10 Rx simple

161. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve (Glasgow 14-15)

Descripción

Incluye manejo general en urgencias y observación por 8 horas

CIE - 10

S009 Traumatismo superficial de la cabeza

Medicamentos

3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg

Auxiliares de diagnóstico

Rx de cráneo

162. Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado

Descripción

Incluye consulta, manejo general en urgencias y medicamentos antinflamatorios no esteroideos.

CIE - 10

L55 Quemadura solar
T201 Quemadura de la cabeza y del cuello, de primer grado
T211 Quemadura del tronco, de primer grado
T221 Quemadura del hombro y miembro superior, primer grado, excepto muñeca y mano
T231 Quemadura de la muñeca y de la mano, de primer grado
T241 Quemadura de cadera y miembro inferior, primer grado, excepto tobillo y pie
T251 Quemadura del tobillo y del pie, de primer grado
T291 Quemaduras de múltiples regiones, de primer grado
T301 Quemadura de primer grado, región del cuerpo no especificada

Medicamentos

3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg

163. Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis

Descripción

En el caso de pielonefritis se puede requerir hospitalización hasta por 48 horas para manejo parenteral con antibióticos. Posteriormente se continúa con tratamiento vía oral de 14 a 21 días. Se realiza urocultivo después de tratamiento para el seguimiento. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre mayor a 39° C, escalofríos, náuseas, vómito, hipertonía muscular generalizada, malestar general y dolor en fosa lumbar. Generalmente existen infecciones previas en vías urinarias inferiores. El diagnóstico puede apoyarse con urografía excretora, ultrasonido renal y urocultivo.

CIE - 10

N10 Pielonefritis aguda

Medicamentos

1903 Trimetoprim /sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30
1904 Trimetoprim /sulfametoxazol. Suspensión 120 ml, (40mg/5 ml)
1911 Nitrofurantoína. Furadantina tabletas 100 mg, c/40
1939 Cefalexina. Tabletas 500 mg, c/20
1954 Gentamicina. Solución inyectable de 80 mg
1955 Gentamicina. Solución inyectable de 20 mg
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
4255 Ciprofloxacina. Tabletas 250 mg, c/8

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Urocultivo
Examen general de orina
Urografía excretora
Ultrasonido renal

164. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis

Descripción

La bronquiolitis es de etiología viral por lo que debe manejarse con cuidados generales y medicamentos sintomáticos. Sin embargo, esta intervención requiere de atención en urgencias y hospitalización cuando el paciente presenta datos de insuficiencia respiratoria. El diagnóstico es clínico y se apoya de los análisis comunes de laboratorio y gabinete como radiografía de tórax, gasometría arterial y biometría hemática. El tratamiento está basado en oxígeno y líquidos parenterales.

CIE - 10

J21 Bronquiolitis aguda

Medicamentos

0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0429 Salbutamol. Aerosol 20 mg, c/200 disparos

Auxiliares de diagnóstico

Rx de tórax (posteroanterior, anteroposterior o lateral)
Biometría hemática
Gasometría arterial

Normatividad

NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño

165. Diagnóstico y tratamiento de bronquitis aguda

Descripción

El diagnóstico es clínico y se apoya de análisis de laboratorio y estudios de gabinete. En algunos casos puede requerir atención en urgencias y hospitalización. Dado que el 90% es de etiología viral solo se incluye un medicamento para los casos de sobreinfección.

CIE - 10

J20 Bronquitis aguda

Medicamentos

2128 Amoxicilina. 12 o 15 cápsulas de 500 mg
1939 Cefalexina. Tabletas 500 mg, c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0429 Salbutamol. Aerosol 20 mg, c/200 disparos
0439 Salbutamol. Envase con 10 ml, 0.5 g/ 100 ml
0108 Metamizol sódico (dipirona) 10 comprimidos 500 mg

Auxiliares de diagnóstico

Rx de tórax (posteroanterior, anteroposterior o lateral)
Biometría hemática
Gasometría arterial

166. Diagnóstico y tratamiento de meningitis

Descripción

Meningitis es la inflamación de las meninges generalmente causada por una infección, que en el caso de ser bacteriana el agente etiológico es H. influenzae en el 80% de los casos. Los grupos de riesgo más frecuentes son los prematuros, niños menores de 24 meses y ancianos. El diagnóstico se

Medicamentos

0109 Metamizol (Dipirona). Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja c/3 ampolletas)
1241 Metoclopramida. Solución inyectable 6 amp con 2 ml (10 mg)
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g, 4 ml
1954 Gentamicina. Solución inyectable de 80 mg

continúa/

/continuación

sospecha por la presencia de fiebre, escalofríos, cefalea severa, náusea, vómito, irritabilidad, rechazo a la vía oral (niños) y trastorno del estado de alerta. La exploración presenta signos de irritabilidad e hiperreflexia, rigidez de nuca, signo de Brudzinski, signo de Kernig y reflejo de Babinski positivo. Se realiza punción lumbar y estudio de líquido cefalorraquídeo para frotis, citoquímico, cultivo y coaglutinación, además de química sanguínea, biometría hemática, examen general de orina, urea y creatinina. El tratamiento es con antibióticos, analgésicos, antieméticos y antipiréticos. Se consideran quince días de hospitalización en promedio.

CIE - 10

G00 Meningitis bacteriana
G03 Meningitis debida a otras causas

1955 Gentamicina. Solución inyectable 20 mg
1921 Penicilina sódica cristalina Fco. Ámpula 1 000 000 UI
2510 Penicilina G procaínica. Ampolleta 400 000 UI
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1957 Amikacina. Ampolleta 100 mg

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Urea en sangre
Electrolitos séricos
Frotis de líquido cefalorraquídeo
Cultivo líquido cefalorraquídeo
Citoquímico de líquido cefalorraquídeo
Coaglutinación de líquido cefalorraquídeo
Examen general de orina
Creatinina en sangre
Química sanguínea de 5 elementos
Electroencefalograma (EEG)
Tomografía axial computarizada
Potenciales evocados auditivos y visuales

167. Diagnóstico y tratamiento de neumonía de comunidad en niños

Descripción

Considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Es un padecimiento de etiología infecciosa que afecta al parénquima pulmonar. La neumonía adquirida de comunidad debe diferenciarse de la neumonía nosocomial que no se cubre a través del CATÁLOGO UNIVERSAL. El diagnóstico se basa en la historia clínica, los antecedentes y la detección de polipnea, fiebre, escalosfríos, tos productiva y dolor torácico pleurítico. Como apoyo de laboratorio se incluye biometría hemática, gasometría arterial, radiografía de tórax y cultivos de expectoración. El tratamiento se basa en oxígenoterapia y manejo con antibióticos por lo que se incluyen varios esquemas de tratamiento. En algunos casos puede requerirse de técnicas invasivas como cepillado bronquial y lavado broncoalveolar. Incluye atención en urgencias, hospitalización promedio por cinco días y consulta de seguimiento.

CIE - 10

J13 Neumonía debida a Streptococcus pneumoniae
J14 Neumonía debida a Haemophilus influenzae
J18 Neumonía no especificada

Medicamentos

2128 Amoxicilina. Cápsulas 500 mg, c/12
2127 Amoxicilina. Suspensión 250 mg
0429 Salbutamol. Aerosol 20 mg, c/200 disparos
1904 Trimetoprim con sulfametoxazol. Suspensión 120 ml, (40mg/5 ml)
1972 Eritromicina. Suspensión 125 mg, 120 ml
1923 Bencilpenicilina procaínica/bencilpenicilina cristalina, Susp inyec 300,000 UI/100,000 UI
1924 Bencilpenicilina procaínica/bencilpenicilina cristalina, Susp inyec 600,000 UI/200,000 UI
1925 Penicilina G. Benzatínica. Ampolleta 1 200 000 UI
1921 Penicilina sódica cristalina. Fco. ámpula 1 000 000 UI
2510 Penicilina G. Procaínica. Ampolleta 400 000 UI
0105 Paracetamol. Supositorios 300 mg
0106 Paracetamol. 100 mg/ml, frasco15 ml
1954 Gentamicina. Solución inyectable de 80 mg/2ml
1955 Gentamicina. Solución inyectable 20 mg/2ml
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g, 4 ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1957 Amikacina. Ampolleta 100 mg

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Rx de tórax (posteroanterior, anteroposterior o lateral)
Gasometría arterial
Cultivo de expectoración

168. Diagnóstico y tratamiento de neumonía de comunidad en el adulto mayor

Descripción

Considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, el diagnóstico se basa en la historia clínica, los antecedentes previos al cuadro y la exploración física. Como apoyo de laboratorio se incluye biometría hemática, gasometría arterial, radiografía de tórax y cultivos de expectoración. El tratamiento se basa en oxígenoterapia y manejo con antibióticos, se incluyeron varios esquemas de tratamiento. Incluye atención en urgencias, hospitalización promedio por cinco días y consulta de seguimiento.

CIE - 10

J13 Neumonía debida a Streptococcus pneumoniae
J14 Neumonía debida a Haemophilus influenzae
J18 Neumonía no especificada

Medicamentos

1954 Gentamicina. Solución inyectable de 80 mg/2ml
1955 Gentamicina. Solución inyectable 20 mg/2ml
1921 Penicilina sódica cristalina. Fco. Ámpula 1 000 000 UI
2510 Penicilina G procaínica. Ampolleta 400 000 UI
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g, 4 ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1957 Amikacina. Ampolleta 100 mg

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Rx de tórax (posteroanterior, anteroposterior o lateral)
Gasometría arterial
Química sanguínea de 3 elementos
Cultivo de expectoración
Electrolitos séricos

169. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano

Descripción

La enfermedad se presenta en dos formas clínicas. El cuadro agudo se caracteriza por fiebre y dolor intenso en hipocondrio derecho, acompañado de hepatomegalia, ictericia y distensión abdominal. La forma crónica presenta febrícula, dolor moderado en el área hepática, hepatomegalia e ictericia. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, una buena exploración física y en la realización de ultrasonografía hepática, biometría hemática, química sanguínea, electrolitos y pruebas de función hepática. En los casos complicados el tratamiento es quirúrgico.

CIE - 10

K750 Absceso del hígado

Medicamentos

1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g, 4 ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
1311 Metronidazol. Solución inyectable 500 mg/ 100 ml envase con 100 ml
0109 Metamizol sódico (Dipirona). Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3)

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea de 3 elementos
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Examen general de orina
Transaminasa glutámico oxalacética
Transaminasa glutámico pirúvica
Bilirrubinas en sangre
Ultrasonido de hígado y vías biliares

170. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria

Descripción

El cuadro clínico se caracteriza por dolor pélvico asociado con descarga vaginal, sangrado irregular, dismenorrea incapacitante, dispareunia, disuria y fiebre. El diagnostico es clínico y se requerirá de un ultrasonido pélvico y en algunos casos de laparoscopia pélvica para confirmación. El tratamiento es antibiótico y en ocasiones cirugía.

CIE - 10

N71 Enfermedad inflamatoria pélvica

Medicamentos

1921 Penicilina sódica cristalina. Fco. Ámpula 1 000 000 UI
2510 Penicilina G procaínica. Ampolleta 400 000 UI
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g, 4 ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1957 Amikacina. Ampolleta 100 mg
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
1928 Dicloxacilina. Ampolletas 250 mg
1309 Metronidazol. Ampolletas 200 mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
0109 Metamizol sódico (Dipirona). Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3)
1207 Butilhioscina. Ampolleta 20 mg 1 ml, c/3

continúa/

/continuación

Auxiliares de diagnóstico
Biometría hemática
Química sanguínea de 3 elementos
Examen general de orina
Ultrasonido pélvico

171. Diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto y sus complicaciones (hemorragia e infección)

Descripción
Procedimiento de urgencia indicado en casos de aborto inminente o incompleto. Se realizan exámenes generales de laboratorio como tiempos de sangrado, biometría hemática, química sanguínea, general de orina y grupo sanguíneo. Si la paciente requiere revisión y legrado se evalúa la administración de sangre y antibióticos, se consideraron dos a tres días de hospitalización y consulta de control y seguimiento.

CIE - 9- MC
O03 Aborto espontáneo
O06 Aborto no especificado

Medicamentos
1921 Penicilina sódica cristalina. Fco. Ámpula 1 000 000 UI
1955 Gentamicina Solución inyectable 20 mg/2ml
1954 Gentamicina Solución inyectable de 80 mg/2ml
1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
1928 Dicloxacilina. Ampolletas 250 mg
1940 Doxiciclina. Cápsulas de 100 mg, c/10
1308 Metronidazol. Ampolleta 200 mg, 10 ml, c/2
1309 Metronidazol. Ampolletas 200 mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
3417 Diclofenaco. 20 tabletas de 75 mg
1544 Ergometrina (ergonovina). Sol. Inyec. 0.2 mg/ ml, 50 ampolletas con 1 ml

Auxiliares de diagnóstico
Cultivo de micobacterias
Gasometría arterial
Examen general de orina
Grupo sanguíneo y Rh
Ultrasonido pélvico
Química sanguínea de 3 elementos
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Biometría hemática
VDRL

172. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis renal y ureteral

Descripción
El diagnóstico incluye apoyo con biometría hemática, examen general de orina, radiografía simple de abdomen, urografía excretora y ultrasonografía. Para el tratamiento farmacológico se incluyen antiespasmódicos, analgésicos y antibióticos. El descenso del cálculo a través del uréter puede requerir atención en urgencias para manejo de dolor. En algunos casos es necesario efectuar una ureterotomía. Incluye tres días de hospitalización según la evolución y una consulta de seguimiento. No se incluye litotripsia.

CIE - 10
N20 Cálculo del riñón y del uréter

CIE - 9 - MC
56.2 Ureterotomía

Medicamentos
1956 Amikacina. Frasco ámpula o ampolleta 500 mg/2 ml
1954 Gentamicina. Solución inyectable de 80 mg/2ml
1955 Gentamicina. Solución inyectable 20 mg/2ml
1206 Butilhioscina. Tabletas 10 mg, c/20
1207 Butilhioscina. Ampolleta 20 mg 1 ml, c/3
0108 Metamizol sódico (Dipirona). 10 comprimidos 500 mg
0109 Metamizol sódico (Dipirona). Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
2510 Penicilina G procaínica. Ampolleta 400 000 UI

Auxiliares de diagnóstico
Biometría hemática
Química sanguínea de 3 elementos
Urea en sangre
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)
Ultrasonido renal
Urografía excretora

173. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis de vías urinarias inferiores

Descripción

El diagnóstico incluye apoyo con biometría hemática, examen general de orina, radiografía simple de abdomen, urografía excretora y ultrasonografía. Para el tratamiento farmacológico se incluyen antiespasmódicos, analgésicos y antibióticos. Incluye tres días de hospitalización según la evolución y una consulta de seguimiento. No se incluye litotripsia.

CIE - 10

N21 Cálculo de las vías urinarias inferiores

Medicamentos

1956 Amikacina. Frasco ámpula o ampolleta 500 mg/2 ml
1954 Gentamicina. Solución inyectable de 80 mg/2ml
1955 Gentamicina. Solución inyectable 20 mg/2ml
1206 Butilhioscina. Tabletas 10 mg, c/20
1207 Butilhioscina. Ampolleta 20 mg 1 ml, c/3
0108 Metamizol sódico (Dipirona). 10 comprimidos 500 mg
0109 Metamizol sódico (Dipirona). Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
2510 Penicilina G procaínica. Ampolleta 400 000 UI

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea de 3 elementos
Urea en sangre
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)
Ultrasonido pélvico
Urografía excretora

174. Diagnóstico y tratamiento de dengue hemorrágico

Descripción

El dengue hemorrágico se considera una urgencia epidemiológica que debe tratarse de inmediato. El diagnóstico es clínico y se apoya con análisis de laboratorio y estudios de gabinete. Se incluye atención en urgencias, medicamentos, sangre y hemoderivados y un promedio de tres días en terapia intensiva y dos en hospitalización.

CIE - 10

A91 Fiebre del dengue hemorragico

Medicamentos

0104 Paracetamol (acetaminofén). 10 tabletas de 500 mg
Sangre y hemoderivados

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hematica
Examen general de orina
Serología para dengue
Gasometría en sangre
Electrolitos séricos
Tiempos de coagulación
Rx de tórax

175. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico moderado (Glasgow 9-13)

Descripción

El diagnóstico es clínico y se apoya con estudios de gabiente. Se incluye manejo general en urgencias y un promedio de dos días de hospitalización.

CIE - 10

S06 Traumatismo intracraneal

Medicamentos

0109 Metamizol sódico (Dipirona). Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
1234 Ranitidina. 5 ampolletas con 2 ó 5 ml. 50 mg/2 ó 5 ml
1935 Cefotaxima. Frasco ámpula y diluyente con 1 g/4 ml
1956 Amikacina. Frasco ámpula o ampolleta 500 mg/2 ml
2612 Clonazepam. 30 tabletas 2 mg
0104 Paracetamol (acetaminofén). 10 tabletas 500 mg

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hematica
Examen general de orina
Rx columna cervical (2 posiciones)
Rx cráneo
TAC simple y con medio de contraste

176. Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A

Descripción

Es la inflamación del hígado causada por el virus de la hepatitis A. Se transmite por medio de las comidas o de las aguas contaminadas o el contacto con

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hematica
Examen generla de orina

continúa/

/continuación

personas infectadas en el momento. Su tratamiento es a base de reposo, dieta baja en grasas y no se recomiendan medicamentos. Se incluye atención en consulta externa o urgencias y auxiliares de diagnóstico.

CIE - 10

B15 Hepatitis aguda tipo A

Química sanguínea de 3 elementos
Pruebas de funcionamiento hepático
Serología para hepatitis viral

177. Diagnóstico y tratamiento conservador de pancreatitis aguda

Descripción

La pancreatitis es de gravedad clínica variable y motivo de consulta en urgencias. Los agentes causales mas frecuentes son la litiasis biliar y el alcoholismo. Habitualmente requiere hospitalización y en ocasiones cuidados intensivos. Esta intervención no contempla el tratamiento quirúrgico.

CIE - 10

K85 Pancreatitis aguda

Medicamentos

1234 Ranitidina. Ampolletas 50 mg
5686 Esomeprazol, Pantoprazol, Rabeprazol, Omeprazol. Esomeprazol 40 mg, Pantoprazol 40 mg, Rabeprazol 20 mg, Omeprazol 20 mg, tabletas, grageas o cápsulas c/7, 14 ó 28 (La evidencia científica no demuestra ventajas entre estos fármacos, por lo que se recomienda el de costo más bajo: omeprazol)
1207 Butilhioscina ampolleta 20 mg 1 ml, c/3
0108 Metamizol sódico (dipirona). 10 comprimidos 500 mg
1935 Cefotaxima. Frasco ámpula y diluyente con 4 ml/1g

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Pruebas de funcionamiento hepático
Calcio sérico
Electrolitos séricos
Amilasa
Lipasa sérica
Rx de abdomen y tórax
Ultrasonido abdominal
TAC de abdomen

178. Manejo hospitalario de crisis convulsivas

Descripción

Esta intervención está destinada al manejo de crisis convulsivas de cualquier etiología incluyendo el status epilepticus. Incluye detección, soporte vital en urgencias y hospitalización por un promedio de dos días.

CIE - 10

R56 Convulsiones
G41 Estado de mal epiléptico

Medicamentos

0202 Diazepam. 50 ampolletas con 2 ml. 10 mg/2 ml
0525 Fenitoína sódica. 50 tabletas 100 mg

179. Manejo hospitalario de hipertensión arterial

Descripción

El manejo hospitalario de la hipertensión arterial incluye atención en urgencias, monitoreo y un promedio de dos días de hospital.

CIE - 10

I10 Hipertension esencial (primaria)

Medicamentos

2308 Furosemida 5 ampolletas con 2 ml. 20 mg/2 ml
2307 Furosemida. 20 tabletas 40 mg
0592 Isosorbida, dinitrato de. 20 tabletas sublinguales 5 mg
0568 Diazóxido. Ampolleta con 20 ml. 300 mg/20 ml
0569 Nitroprusiato de sodio. Frasco ámpula con 2 ml. 50 mg/2 ml
0572 Metoprolol. 20 tabletas 100 mg
0574 Captopril. 30 tabletas 25 mg
2501 Enalapril o lisinopril. Envase con 30 tabletas 10 mg
0108 Metamizol sódico (dipirona). 10 comprimidos 500 mg
0598 Verapamilo. Solución inyectable 5mg/2ml. Ampolleta con 2ml

continúa/

/continuación

0596 Verapamilo. 20 grageas o tabletas recubiertas de 80 mg

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Examen general de orina
Urea en sangre
Creatinina en sangre
ECG
Rx de tórax

180. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda (edema pulmonar)

Descripción

La atención de la Insuficiencia Cardíaca Aguda requiere atención inmediata. Esta intervención incluye su manejo en urgencias y un promedio de dos días en terapia intensiva y tres en hospitalización hasta la remisión del edema pulmonar.

CIE - 10

I500 Insuficiencia cardiaca congestiva
J81 Edema pulmonar

Medicamentos

2308 Furosemida. 5 ampolletas con 2 ml 20 mg/2 ml
0592 Isosorbida dinitrato. 20 tabletas sublinguales 5 mg
0614 Dopamina. 5 ampolletas con 5 ml. 200 mg/ 5 ml
0615 Dobutamina. Frasco ámpula con 20 ml ó 5 ampolletas con 5 ml. 250 mg
0504 Digoxina. 6 ampolletas de 2 ml 0.5 mg/2 ml

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Examen general de orina
Química sanguínea
CPK sub-unidad "B"
Creatin fosfocinasa (CPK)
Tiempos de coagulación
ECG
Rx de tórax
Gasometría en sangre

181. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Descripción

Incluye consulta general, interconsulta de especialidad, auxiliares de diagnóstico y tratamiento por diez meses. Se contempla el manejo de las exacerbaciones en urgencias con oxígeno, antibióticos y broncodilatadores.

CIE - 10

J44 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
J440 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores
J441 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda

Medicamentos

0429 Salbutamol. Susp. Aerosol 20 mg, Env. Inhalador para 200 dosis de 100 μg.
0439 Salbutamol. Solución para respiradores 0.5 g/100 ml, envase con 10 ml
0426 Aminofilina. 5 ampolletas con 5 ml 250 mg/10 ml
0437 Teofilina. 20 comprimidos, tab o cápss de liberación prolongada 100 mg
2162 Ipratropio. Envase 15 ml (300 dosis) 20 μg/nebulización
0472 Prednisona. 20 tabletas 5 mg
1935 Cefotaxima. Frasco ámpula y diluyente con 4 ml/1 g
1956 Amikacina. Frasco ámpula o ampolleta 500 mg/2 ml
2308 Furosemida. 5 ampolletas con 2 ml 20 mg/2 ml
2307 Furosemida. 20 tabletas 40 mg
0145 Vacuna Antineumocóccica vial de 5 ml Frasco con 10 dosis
3822 Vacuna para influenza ampolleta c/10 dosis

Auxiliares de diagnóstico

Rx de tórax
Espirometría
Capacidad vital (prueba de esfuerzo)
ECG
Biometría hemática
Cultivo de exudado o expectoración
Gasometría en sangre

182. Diagnóstico y tratamiento de neuropatía periférica secundaria a diabetes

Descripción

Esta intervención incluye incluye consulta general, interconsulta de especialidad, auxiliares de diagnóstico y tratamiento por diez meses, también incluye manejo de una agudización en hospital por un promedio de dos días.

CIE - 10

G56 Mononeuropatías del miembro superior
G57 Mononeuropatías del miembro inferior
G61 Polineuropatía inflamatoria
G62 Otras polineuropatías

Medicamentos

3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
2608 Carbamazepina. 20 tabletas 200 mg
0472 Prednisona. 20 tabletas 5 mg
2714 Complejo B. 30 tabletas o cápsulas que contienen tiamina 100 mg, piridoxina 5 mg, cianocobalamina 5 µg

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Citoquímico de LCR

183. Manejo hospitalario de quemaduras de segundo grado

Descripción

Incluye atención en urgencias para tratamiento inicial, monitoreo y hospitalización por un promedio de tres días.

CIE - 10

T202 Quemadura de la cabeza y del cuello, de segundo grado
T212 Quemadura del tronco, de segundo grado
T222 Quemadura del hombro y miembro superior, segundo grado, excepto muñeca y mano
T232 Quemadura de la muñeca y de la mano, de segundo grado
T242 Quemadura de cadera y miembro inferior, segundo grado, excepto tobillo y pie
T252 Quemadura del tobillo y del pie, de segundo grado
T292 Quemaduras de múltiples regiones, de segundo grado
T302 Quemadura de segundo grado, región del cuerpo no especificada

Medicamentos

3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
3809 Toxoide tetánico. Frasco ámpula con 10 dosis
1935 Cefotaxima. Frasco ámpula 1g y diluyente con 4 ml
1956 Amikacina. Frasco ámpula o ampolleta 500 mg/2 ml
4126 Sulfadiazina de Plata. Crema1g/100g, envase de 375 g

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hematica
Examen general de orina
Química sanguínea
Cultivo de cualquier exudado o expectoración

184. Diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva

Descripción

Esta intervención incluye atención en urgencias por dos horas para tratamiento inicial, manejo con oxígeno, sangre u hemoderivados y monitoreo y hospitalización por hasta cinco días promedio. A juicio del clínico puede manejarse escleroterapia.

CIE - 10

K226 Síndrome de laceración y hemorragia gastroesofágicas
K250 Úlcera gástrica, aguda con hemorragia
K254 Úlcera gástrica, crónica o no especificada, con hemorragia
K260 Úlcera duodenal, aguda con hemorragia
K264 Úlcera duodenal, crónica o no especificada, con hemorragia
K290 Gastritis aguda hemorrágica
K625 Hemorragia del ano y del recto
K922 Hemorragia gastrointestinal, no especificada

Medicamentos

1234 Ranitidina. Ampolletas 50 mg
5686 Esomeprazol, Pantoprazol, Rabeprazol, Omeprazol. Esomeprazol 40 mg, Pantoprazol 40 mg, Rabeprazol 20 mg, Omeprazol 20 mg, tabletas, grageas o cápsulas c/7, 14 ó 28 (La evidencia científica no demuestra ventajas entre estos fármacos, por lo que se recomienda el de costo más bajo: omeprazol)
1207 Butilhioscina ampolleta 20 mg 1 ml, c/3
1241 Metoclopramida. Tabletas de 10 mg, c/20
1223 Aluminio y magnesio. Envase c/48 tabletas
1224 Aluminio y magnesio. Frasco 360 ml
5176 Sucralfato. 40 tabletas 1 g.
4504 Sulfasalazina. 60 Tabletas Capa entérica 500 mg.

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Rx abdominal simple
Rx de tórax
ECG
Endoscopía con escleroterapia
Colonoscopía
Rectosigmoidoscopía

185. Apendicectomía

Descripción

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal (vermiforme) y su resolución es quirúrgica. Para su diagnóstico deben tomarse en cuenta los antecedentes, el cuadro clínico y la exploración física que incluye palpación de fosa ilíaca derecha y la detección de signo de Mc Burney, signo de Sumner, signo de Mussy, signo de Aarón, signo de Rovsing, signo del Psoas, signo del obturador, síndrome epigástrico de Rove y/o la triada apendicular de Dieulafoy. Los estudios de laboratorio revelan leucocitosis con neutrofilia y el estudio radiológico de abdomen puede mostrar asas dilatadas con características de obstrucción intestinal mecánica. La apendicitis aguda debe atenderse inmediatamente en el segundo nivel de atención. El tratamiento antibiótico solo está indicado en casos complicados con infección.

CIE - 10

K35 Apendicitis aguda

CIE - 9 - MC

47.0 Apendicectomía

Medicamentos

1955 Gentamicina. Solución inyectable 20 mg/2ml
1954 Gentamicina . Solución inyectable de 80 mg/2ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml
1309 Metronidazol. Ampolletas 200 mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)

186. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad diverticular complicada

Descripción

Incluye estudios preoperatorios, un promedio de dos horas de procedimiento quirúrgico, un día cama en terapia intensiva y cinco días de hospitalización. También se incluyen medicamentos analgésicos y antibióticos en caso necesario.

CIE - 10

K57 Enfermedad diverticular del intestino

Medicamentos

1955 Gentamicina. Solución inyectable 20 mg/2ml
1954 Gentamicina . Solución inyectable de 80 mg/2ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml
1309 Metronidazol. Ampolletas 200 mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)
Electrocardiograma (ECG)

187. Diagnóstico y tratamiento de herida penetrante de abdomen

Descripción

Incluye manejo inicial en urgencias, estudios preoperatorios, un promedio de dos horas de procedimiento quirúrgico, un día cama en terapia intensiva y cinco días de hospitalización. También se incluyen medicamentos analgésicos y antibióticos en caso necesario.

Medicamentos

1955 Gentamicina. Solución inyectable 20 mg/2ml
1954 Gentamicina . Solución inyectable de 80 mg/2ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml

continúa/

/continuación

CIE - 10

S311 Herida de la pared abdominal

1309 Metronidazol. Ampolletas 200 mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)
Electrocardiograma (ECG)
Rx de tórax

188. Diagnóstico y tratamiento de infarto y rotura esplénicos

Descripción

Incluye manejo inicial en urgencias, estudios preoperatorios, un promedio de una hora y media de procedimiento quirúrgico (esplenectomía), un día cama en terapia intensiva y dos días de hospitalización. También se incluyen medicamentos analgésicos en caso necesario.

CIE - 10

S360 Traumatismo del bazo
D735 Infarto del bazo

Medicamentos

3417 Diclofenaco. 20 tabletas de 75 mg
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)
Rx de tórax
Ultrasonido abdominal
Electrocardiograma (ECG)
TAC de abdomen superior

189. Diagnóstico y tratamiento de isquemia e infarto intestinal

Descripción

Incluye manejo inicial en urgencias, estudios preoperatorios, un promedio de dos horas de procedimiento quirúrgico, un día cama en terapia intensiva y cinco días de hospitalización. También se incluyen medicamentos analgésicos y antibióticos en caso necesario.

CIE - 10

K55 Trastornos vasculares de los intestinos

Medicamentos

1955 Gentamicina. Solución inyectable 20 mg/2ml
1954 Gentamicina . Solución inyectable de 80 mg/2ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml
1309 Metronidazol. Ampolletas 200 mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5

continúa/

/continuación

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)
Rx de tórax
Electrocardiograma (ECG)

190. Diagnóstico y tratamiento de oclusión intestinal

Descripción

Incluye manejo inicial en urgencias, estudios preoperatorios, un promedio de dos horas de procedimiento quirúrgico, dos días cama en terapia intensiva y cinco días de hospitalización. También se incluyen medicamentos analgésicos y antibióticos en caso necesario.

CIE - 10

K56 Ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia

Medicamentos

1955 Gentamicina. Solución inyectable 20 mg/2ml
1954 Gentamicina . Solución inyectable de 80 mg/2ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml
1309 Metronidazol. Ampolletas 200 mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)
Rx de tórax
Electrocardiograma (ECG)

191. Diagnóstico y tratamiento de perforación intestinal

Descripción

Incluye manejo inicial en urgencias, estudios preoperatorios, un promedio de dos horas de procedimiento quirúrgico, dos días cama en terapia intensiva y cuatro días de hospitalización. También se incluyen medicamentos analgésicos y antibióticos en caso necesario.

CIE - 10

K631 Perforación del intestino

Medicamentos

1955 Gentamicina. Solución inyectable 20 mg/2ml
1954 Gentamicina . Solución inyectable de 80 mg/2ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml
1309 Metronidazol. Ampolletas 200 mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea

continúa/

/continuación

Examen general de orina
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)
Rx de tórax
Electrocardiograma (ECG)

192. Diagnóstico y tratamiento de torsión de anexos

Descripción

Incluye manejo inicial en urgencias, estudios preoperatorios, un promedio de una hora de cirugía y dos días de hospitalización. Se incluyen medicamentos analgésicos.

CIE - 10

N835 Torsión de ovario, pedículo de ovario y trompa de falopio

Medicamentos

3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)
Ultrasonido pélvico
Electrocardiograma (ECG)

193. Diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica perforada

Descripción

Incluye manejo inicial en urgencias, estudios preoperatorios, un promedio de dos horas de procedimiento quirúrgico, dos días cama en terapia intensiva y tres días de hospitalización. También se incluyen medicamentos analgésicos en caso necesario.

CIE - 10

K251 Úlcera gástrica, aguda con perforación
K255 Úlcera gástrica, crónica o no especificada, con perforación
K261 Úlcera duodenal, aguda con perforación
K265 Úlcera duodenal, crónica o no especificada, con perforación
K271 Úlcera péptica, de sitio no especificado, aguda con perforación
K275 Úlcera péptica, de sitio no especificado, crónica o no especificada, con perforación
K281 Úlcera gastroyeyunal, aguda con perforación
K285 Úlcera gastroyeyunal, crónica o no especificada, con perforación

Medicamentos

Sangre y hemoderivados
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml
1241 Metoclopramida. Solución inyectable 10mg/2ml, 6 ampolletas de 2ml
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)
Rx de torax
Electrocardiograma (ECG)

194. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de vólvulo colónico

Descripción

Incluye manejo inicial en urgencias, estudios preoperatorios, un promedio de hora y media de procedimiento quirúrgico y cuatro días hospitalización. También se incluyen medicamentos analgésicos y antibióticos en caso necesario.

CIE - 10

K562 Vólvulo

Medicamentos

1955 Gentamicina. Solución inyectable 20 mg/2ml
1954 Gentamicina . Solución inyectable de 80 mg/2ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml
1309 Metronidazol. Ampolletas 200 mg
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Rx abdominal simple (de pie o decúbito)
Rx de tórax
Electrocardiograma (ECG)

195. Colecistectomía abierta (Con o sin exploración de vías biliares)

Descripción

La colecistitis es la inflamación aguda de la pared de la vesícula biliar, que se manifiesta con dolor en hipocondrio derecho (mayor de 24 horas de duración) y que se asocia con resistencia de la pared abdominal y fiebre mayor a 37,5 °C. En el 90-95% de los casos aparece como complicación de litiasis en la vesícula biliar (colelitiasis). Deben considerase antecedentes como dieta alta en grasas, tabaquismo y obesidad, incluye valoración cardiológica y anestésica con estudios de laboratorio además de los exámenes prequirúrgicos en los que se incluyeron ultrasonido y gammagrama o serie gastroduodenal con medio de contraste. Se incluye hsopitalización por un promedio de tres días y dos visitas subsecuentes para control y revisión.

CIE - 10

K80 Colelitiasis
K81 Colecistitis

CIE - 9 - MC

51.22 Colecistectomía abierta

Medicamentos

1241 Metoclopramida. Tabletas de 10 mg, c/20
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml
1241 Metoclopramida. Solución inyectable 10mg/2ml, 6 ampolletas de 2ml
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5
1233 Ranitidina. Tabletas 150 mg
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)

Auxiliares de diagnóstico

Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Biometría hemática
Bilirrubinas en sangre
Electrocardiograma (ECG)
Ultrasonido de hígado y vías biliares
Colangiografía IV o por Sonda en T transoperatoria

196. Colecistectomía laparoscópica (Con o sin exploración de vías biliares)

Descripción

Esta intervención es una nueva modalidad de la anterior, requiere contar con equipo de laparoscopía y personal capacitado y tiene la ventaja de requerir sólo un día de hospitalización en promedio. También incluye auxiliares de diagnóstico y medicamentos. Se incluye una visita subsecuente para control y revisión.

Medicamentos

1241 Metoclopramida. Tabletas de 10 mg, c/20
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml
1241 Metoclopramida. Solución inyectable 10mg/2ml, 6 ampolletas de 2ml

continúa/

/continuación

CIE - 10
K80 Colelitiasis
K81 Colecistitis
CIE - 9 - MC
51.23 Colecistectomía laparoscópica

3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5
1233 Ranitidina. Tabletas 150 mg
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
Auxiliares de diagnóstico
Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Biometría hemática
Bilirrubinas en sangre
Electrocardiograma (ECG)
Ultrasonido de hígado y vías biliares
Colangiografía IV o por Sonda en T transoperatoria

197. Diagnóstico y tratamiento de hernia hiatal

Descripción
Incluye estudios preoperatorios, un promedio de hora y media de procedimiento quirúrgico y dos días de hospitalización. También se incluyen medicamentos analgésicos.
CIE - 10
K44 Hernia diafragmática

Medicamentos
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml.
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5
Auxiliares de diagnóstico
Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Serie Esófago-gastroduodenal
Endoscopía
Electrocardiograma (ECG)
Manometría y Ph-metría

198. Hernioplastía crural

Descripción
El diagnóstico es principalmente clínico, explorando la región crural. Se realiza valoración cardiológica y anestésica y exámenes prequirúrgicos como tiempos de coagulación, química sanguínea, biometría hemática y electrocardiograma. Para la estimación de costos se consideró en promedio una hora quirófano, dos días hospitalización y red o malla quirúrgica.
CIE - 10
K41 Hernia femoral
CIE - 9 - MC
53.0 Reparación de hernia femoral unilateral
53.1 Reparación de hernia femoral bilateral

Medicamentos
1926 Dicloxacilina Cápsulas de 250 mg, c/12
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0104 Paracetamol Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
Auxiliares de diagnóstico
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Grupo sanguíneo y Rh
Biometría hemática
Electrocardiograma (ECG)

199. Hernioplastía inguinal

Descripción

El diagnóstico es principalmente clínico, explorando la región inguinal. Se realiza valoración cardiológica y anestésica y exámenes prequirúrgicos como tiempos de coagulación, química sanguínea, biometría hemática y electrocardiograma. Para la estimación de costos se consideró en promedio una hora quirófano, dos días hospitalización y red o malla quirúrgica.

CIE - 10

K40 Hernia inguinal

CIE - 9 - MC

53.0 Reparación de hernia inguinal unilateral

53.1 Reparación de hernia inguinal bilateral

Medicamentos

1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12

3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg

5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20

0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)

Auxiliares de diagnóstico

Tiempo de tromboplastina parcial

Tiempo de protombina

Grupo sanguíneo y Rh

Biometría hemática

Electrocardiograma (ECG)

200. Hernioplastía umbilical

Descripción

El diagnóstico es principalmente clínico, explorando la región umbilical. Se realiza valoración cardiológica y anestésica y exámenes prequirúrgicos: tiempos de coagulación, química sanguínea, biometría hemática y electrocardiograma. Para la estimación de costos se consideró la red o malla, una hora quirófano y dos días hospitalización.

CIE - 10

K42 Hernia umbilical

CIE - 9 - MC

53.4 Reparación de hernia umbilical

Medicamentos

1926 Dicloxacilina Cápsulas de 250 mg, c/12

3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg

5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml

0104 Paracetamol Tabletas 500 mg, c/20

0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)

Auxiliares de diagnóstico

Tiempo de tromboplastina parcial

Tiempo de protombina

Grupo sanguíneo y Rh

Biometría hemática

Electrocardiograma (ECG)

201. Hernioplastía ventral

Descripción

El diagnóstico es principalmente clínico, explorando la región ventral. Se realiza valoración cardiológica y anestésica y exámenes prequirúrgicos: tiempos de coagulación, química sanguínea, biometría hemática y electrocardiograma. Para la estimación de costos se consideró la red o malla, una hora quirófano y dos días hospitalización.

CIE - 10

K43 Hernia ventral

CIE - 9 - MC

53.5 Reparación de hernia ventral

Medicamentos

1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml

1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12

3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg

5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20

0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)

Auxiliares de diagnóstico

Tiempo de tromboplastina parcial

Tiempo de protombina

Grupo sanguíneo y Rh

Biometría hemática

Electrocardiograma (ECG)

202. Diagnóstico y tratamiento de condilomas

Descripción

Incluye estudios preoperatorios y un promedio de 45 minutos de procedimiento quirúrgico. Incluye medicamentos analgésicos.

CIE - 10

A630 Verrugas venéreas anogenitales

Medicamentos

1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12

3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg

5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml

0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)

continúa/

/continuación

1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial

203. Diagnóstico y tratamiento de fibroadenoma mamario

Descripción

Incluye estudios preoperatorios y un promedio de 45 minutos de procedimiento quirúrgico, auxiliares de diagnóstico y medicamentos analgésicos.

CIE - 10

N602 Fibroadenosis de mama

Medicamentos

3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Electrocardiograma (ECG)
Mastografía
Ultrasonido mamario
Biopsia

204. Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia endometrial

Descripción

Incluye estudios preoperatorios y un promedio de dos horas de procedimiento quirúrgico y tres días de hospitalización. También incluye auxiliares de diagnóstico y medicamentos analgésicos.

CIE - 10

N851 Hiperplasia adenomatosa del endometrio

Medicamentos

3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Ultrasonido pélvico
Electrocardiograma (ECG)

205. Diagnóstico y tratamiento de quistes de ovario

Descripción

Incluye estudios preoperatorios y un promedio de una hora de procedimiento quirúrgico y tres días de hospitalización. También incluye auxiliares de diagnóstico y medicamentos analgésicos.

CIE - 10

E282 Síndrome de ovario poliquístico

Medicamentos

3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea
Examen general de orina
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Ultrasonido pélvico
Electrocardiograma (ECG)

206. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de mioma uterino

Descripción

Considerada la neoplasia benigna más común del aparato genital femenino, puede cursar asintomática, con hemorragia intensa o dismenorrea. Una buena exploración física e historia clínica acompañado de ultrasonido generalmente conduce al diagnóstico. Conviene enviar a la paciente de inmediato con el especialista si se acompaña de embarazo.

CIE - 10

D259 Leiomioma de útero

Medicamentos

1926 Dicloxacilina. Cápsulas de 250 mg, c/12
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)

Auxiliares de diagnóstico

Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Grupo sanguíneo y Rh
Biometría hemática
Electrocardiograma (ECG)
Ultrasonido pélvico

207. Histerectomía total abdominal

Descripción

La histerectomía esta indicada en la ruptura uterina no reparable, adherencia de la placenta, inercia uterina complicada, útero de Couvelaire, infección puerperal, miomatosis uterina múltiple, carcinoma cérvicouterino, aborto séptico, huevo muerto retenido y embarazo molar. El cuadro clínico varía de acuerdo al padecimiento. Para el diagnóstico se incluyeron: biometría hemática, química sanguínea, general de orina, tiempos de coagulación, grupo sanguíneo, citología cervical (tinción de Papanicolaou), toma de biopsia, antígeno carcinoembrionario, electrocardiograma (ECG), radiografías de tórax y abdomen, ultrasonido, gammagrama, tomografía, histerosalpingografía, resonancia magnética. Se consideraron en promedio cinco días de hospitalización, dos consultas de seguimiento y terapia hormonal sustitutiva en pacientes menores de 50 años de edad.

CIE - 9 - MC

68.4 Histerectomía total abdominal

Medicamentos

1206 Butilhioscina tabletas 10 mg, c/20
1207 Butilhioscina ampolleta 20 mg 1 ml, c/3
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3508 Desogestrel y etinilestradiol. Envase con 28 tabletas
3507 Levonorgestrel y etilenestradiol. Envase con 28 tabletas
3503 Noretisterona Ampolleta 200 mg
3506 Noretisterona y etinilestradiol Envase con 21 tabletas
3509 Medroxiprogesterona y cipionato de estradiol Ampolletas 25 mg

Auxiliares de diagnóstico

Ultrasonido pélvico
Perfil hormonal en la mujer
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y Rh

208. Histerectomía vaginal

Descripción

La histerectomía esta indicada en la ruptura uterina no reparable, adherencia de la placenta, inercia uterina complicada, útero de Couvelaire, infección puerperal, miomatosis uterina múltiple, carcinoma cérvicouterino, aborto séptico, huevo muerto retenido y embarazo molar. El cuadro clínico varía de acuerdo al padecimiento. Para el diagnóstico se incluyeron: biometría hemática, química sanguínea, general de orina, tiempos de coagulación, grupo sanguíneo, citología cervical (tinción de Papanicolaou), toma de biopsia, antígeno carcinoembrionario, electrocardiograma (ECG), radiografías de tórax y abdomen, ultrasonido, gammagrama, tomografía, histerosalpingografía, resonancia magnética. Se consideraron en promedio cinco días de

Medicamentos

1206 Butilhioscina tabletas 10 mg, c/20
1207 Butilhioscina ampolleta 20 mg 1 ml, c/3
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3508 Desogestrel y etinilestradiol. Envase con 28 tabletas
3507 Levonorgestrel y etilenestradiol. Envase con 28 tabletas
3503 Noretisterona Ampolleta 200 mg
3506 Noretisterona y etinilestradiol Envase con 21 tabletas
3509 Medroxiprogesterona y cipionato de estradiol Ampolletas 25 mg

continúa/

/continuación

hospitalización, dos consultas de seguimiento y terapia hormonal sustitutiva en pacientes menores de 50 años de edad.

CIE - 9 - MC

68.5 Histerectomía vaginal

Auxiliares de diagnóstico

Ultrasonido pélvico
Perfil hormonal en la mujer
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y Rh

209. Plastía vaginal anterior y posterior

Descripción

Procedimiento indicado en casos severos de uretro - cistocele. Incluye consulta de referencia con el ginecobstetra, estudios preoperatorios, valoraciones pre - anestésica y cardiológica, hospitalización postquirúrgica y una consulta de seguimiento con el especialista.

CIE - 10

N81 Prolapso genital uterino

CIE - 9 - MC

70.5 Reparación de cistocele (colporrafia anterior)

Medicamentos

1955 Gentamicina Solución inyectable 20 mg/2ml
1954 Gentamicina Solución inyectable de 80 mg/2ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml
1926 Dicloxacilina Cápsulas de 250 mg, c/12
1928 Dicloxacilina Ampolletas 250 mg
1309 Metronidazol Ampolletas 200 mg
1308 Metronidazol Tabletas 500 mg, c/30
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)

Auxiliares de diagnóstico

Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Química sanguínea de 3 elementos
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática

210. Colocación y retiro de diversos catéteres

Descripción

Esta intervención es un apoyo que debe proporcionar el servicio de cirugía ante la necesidad de procedimientos como colocación de catéter subclavio, presión venosa periférica, aplicación de catéteres para diálisis peritoneal o cateterismo ureteral. Incluye 45 minutos pormedio del procedimiento y analgésicos.

CIE - 9 - MC

34.04 Inserción de catéter intercostal para drenaje
38.91 Cateterismo arterial
38.92 Cateterismo de vena umbilical
38.93 Cateterismo venoso
38.95 Cateterizacion venosa para diálisis renal
59.8 Cateterismo ureteral

Medicamentos

3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)

211. Diagnóstico y tratamiento de cáncer de piel (no incluye melanoma)

Descripción

Incluye estudios preoperatorios, un promedio de una hora de procedimiento quirúrgico y un día de hospitalización. También incluye medicamentos analgésicos.

CIE - 10

C44 Tumor maligno de la piel (no melanoma)

Medicamentos

3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial

212. Diagnóstico y tratamiento de insuficiencia venosa periférica

Descripción

Esta intervención se refiere particularmente al procedimiento de safenectomía que está indicado en los casos de insuficiencia venosa periférica. Se incluye diagnóstico clínico, flebografía, análisis preoperatorios, medicamentos y safenectomía interna o externa. Se contempla un promedio de tres días de hospitalización.

CIE - 10

I 872 Insuficiencia venosa periférica

CIE - 9 - MC

38.59 Safenectomía

Medicamentos

1926 Dicloxacilina Cápsulas de 250 mg, c/12
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0104 Paracetamol Tabletas 500 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico

Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Grupo sanguíneo y Rh
Biometría hemática
Electrocardiograma (ECG)
Química sanguínea de 3 elementos

213. Diagnóstico y tratamiento de tumores benignos de tejidos blandos

Descripción

Esta intervención incluye estudios preoperatorios y 30 minutos del procedimiento quirúrgico. También contempla medicamentos analgésicos.

CIE - 10

D21 Tumores benignos del tejido conjuntivo y de los tejidos blandos

Medicamentos

1926 Dicloxacilina Cápsulas de 250 mg, c/12
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0104 Paracetamol Tabletas 500 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina

214. Exploración quirúrgica de cuello

Descripción

Esta intervención incluye estudios preoperatorios, un promedio de dos horas de procedimiento quirúrgico y cuatro días de hospitalización. También contempla medicamentos analgésicos.

CIE - 9- MC

40.41 Disección radical de cuello, unilateral
40.42 Disección radical de cuello, bilateral

Medicamentos

1926 Dicloxacilina Cápsulas de 250 mg, c/12
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0104 Paracetamol Tabletas 500 mg, c/20

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea de 3 elementos
Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)

215. Toracotomía, pleurotomía y drenaje de tórax

Descripción

Dependiendo del padecimiento y del procedimiento a efectuar se contemplan diferentes tiempos quirúrgicos y de hospitalización. En promedio se consideraron estudios preoperatorios, un promedio de dos horas de procedimiento quirúrgico, dos días cama en cuidados intensivos y cuatro días de hospitalización. También se incluyen medicamentos analgésicos.

CIE - 9 - MC

34.01 Incisión de pared torácica
34.02 Toracotomía exploratoria
34.03 Reapertura a través de toracotomía reciente
34.04 Inserción de catéter intercostal para drenaje
34.05 Creación de derivación pleuroperitoneal
34.09 Otra incisión de pleura

Medicamentos

1955 Gentamicina Solución inyectable 20 mg/2ml
1954 Gentamicina Solución inyectable de 80 mg/2ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml
1926 Dicloxacilina Cápsulas de 250 mg, c/12
1928 Dicloxacilina Ampolletas 250 mg
1309 Metronidazol Ampolletas 200 mg
1308 Metronidazol Tabletas 500 mg, c/30
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Química sanguínea de 3 elementos
Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)
Rx de tórax

216. Cirugía de acortamiento muscular para estrabismo

Descripción

Cuando se detecte un problema de estrabismo se deberá referir al segundo nivel de atención, el tratamiento es quirúrgico y consiste en fortalecer o debilitar los músculos. Se incluyen hasta tres tiempos quirúrgicos.

CIE - 10

H49 Estrabismo

CIE - 9 - MC

15.22 Operación de acortamiento sobre un músculo extraocular

Medicamentos

4407 Clorhidrato de tetracaína. Frasco gotero, 10 ml
2841 Prednisolona colirio. Frasco gotero, 5 ml
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml

Auxiliares de diagnóstico

Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática

217. Cirugía de alargamiento muscular para estrabismo

Descripción

Cuando se detecte un problema de estrabismo se deberá referir al segundo nivel de atención, el tratamiento es quirúrgico y consiste en fortalecer o debilitar los músculos. Se incluyen hasta tres tiempos quirúrgicos.

CIE - 10

H49 Estrabismo

CIE - 9 - MC

15.21 Operación de alargamiento sobre un músculo extraocular

Medicamentos

4407 Clorhidrato de tetracaína. Frasco gotero, 10 ml
2841 Prednisolona colirio. Frasco gotero, 5 ml
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml

continúa/

/continuación

Auxiliares de diagnóstico
Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática

218. Diagnóstico y tratamiento de glaucoma

Descripción
El diagnóstico se basa en la tonometría ocular. El tratamiento incluye betabloqueadores tópicos y diuréticos osmóticos. En ocasiones la iridotomía periférica con láser puede asegurar la curación. La falta de tratamiento origina pérdida visual total. Incluye hasta tres consultas con oftalmología.

CIE - 10
H40 Glaucoma

CIE - 9 - MC
12.1 Iridotomía e iridectomía

Medicamentos
2302 Acetazolamida. 20 tabletas 250 mg
2851 Pilocarpina. Solución oftálmica al 2%
2852 Pilocarpina. Solución oftálmica al 4%
2858 Timolol. Gotas oftálmicas
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml

Auxiliares de diagnóstico
Tonometría ocular

219. Resección de pterigión

Descripción
Es un procedimiento oftalmológico indicado en casos específicos de pterigión, principalmente cuando su tamaño obstruye la visión. Se incluye la resección y analgésicos tópicos o sistémicos.

CIE - 10
H 110 Pterigión

Medicamentos
2821 Cloranfenicol Gotas oftálmicas con 15 ml
2823 Neomicina, polimixina B y gramicidina Solución oftálmica 1.75 mg
2841 Prednisolona. Solución oftálmica 5 ml
4407 Tetracaína Solución oftálmica 10 ml
2804 Nafazolina Solución oftálmica 15 ml (1mg/ml)
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml

220. Cirugía reconstructiva para fisura de paladar (palatoplastía)

Descripción
El labio fisurado es un defecto congénito de las estructuras que forman la boca, es una hendidura o separación del labio y/o el paladar. Se debe referir al segundo nivel para recibir tratamiento quirúrgico que se efectúa en varios tiempos.

CIE - 10
Q35 Fisura del paladar
Q37 Fisura del paladar con labio leporino

CIE - 9 - MC
27.6 Palatoplastía

Medicamentos
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml

Auxiliares de diagnóstico
Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática

221. Cirugía reconstructiva para labio leporino

Descripción

El labio fisurado es un defecto congénito de las estructuras que forman la boca, es una hendidura o separación del labio y/o el paladar. Se debe referir al segundo nivel para recibir tratamiento quirúrgico que se efectúa en varios tiempos.

CIE - 10

Q36 Labio leporino
Q37 Fisura del paladar con labio leporino

CIE - 9 - MC

27.6 Palatoplastía
27.54 Reparación de labio fisurado

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml

Auxiliares de diagnóstico

Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática

222. Diagnóstico y tratamiento de criptorquidia uni o bilateral

Descripción

Incluye consulta de medicina general, consulta de especialidad, estudios preoperatorios, un promedio de una hora de procedimiento quirúrgico y un día de hospitalización. También se contemplan antibióticos y analgésicos parenterales y orales.

CIE - 10

Q53 Testículo no descendido
Q530 Ectopia testicular
Q531 Testículo no descendido, unilateral
Q532 Testículo no descendido, bilateral

CIE - 9 - MC

6.23 Orquiectomía unilateral
6.241 Extirpación de ambos testículos en el mismo episodio operato
6.242 Extirpación de testículo restante
6.25 Orquidopexia

Medicamentos

1955 Gentamicina. Solución inyectable 20 mg/2ml
1954 Gentamicina. Solución inyectable de 80 mg/2ml
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml
1926 Dicloxacilina Cápsulas de 250 mg, c/12
1928 Dicloxacilina Ampolletas 250 mg
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml

Auxiliares de diagnóstico

Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática

223. Diagnóstico y tratamiento de hidrocefalia

Descripción

Esta intervención incluye apoyo diagnóstico con análisis de laboratorio y estudios de gabinete, preoperatorios, un promedio de dos horas de procedimiento quirúrgico para colocación de Válvula de Pudenz, dos días en terapia intensiva y tres en hospitalización.

CIE - 10

G91 Hidrocéfalo

CIE - 9 - MC

3.71 Derivación subaracnoide-peritoneal espinal
3.72 Derivación subaracnoide-ureteral espinal

Medicamentos

1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
2302 Acetazolamida. 20 tabletas 250 mg
2306 Manitol. Envase con 50 g/250 ml

continúa/

/continuación

Auxiliares de diagnóstico

Biometría Hemática
Química Sanguínea
Grupo sanguíneo y RH
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)
Rx cráneo
Ultrasonido transfontanelar
TAC

224. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hipertrofia congénita de píloro

Descripción

El diagnóstico es clínico. Se incluyen estudios preoperatorios, el procedimiento quirúrgico, medicamentos y un promedio hospitalario de cuatro días.

CIE - 10

Q400 Estenosis hipertrófica congénita del píloro

Medicamentos

1234 Ranitidina Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5
1241 Metoclopramida. Solución inyectable 10mg/2ml, 6 ampolletas de 2ml
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml

Auxiliares de diagnóstico

Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática
Serie esófago-gastroduodenal

225. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de cadera

Descripción

Incluye el diagnóstico clínico por un especialista, radiografía de la articulación y ejercicios de rehabilitación por 6 meses. En algunos casos es necesario iniciar un procedimiento quirúrgico en uno a tres tiempos quirúrgicos dependiendo de cada caso.

CIE - 10

Q65 Deformidades congénitas de la cadera

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml

Auxiliares de diagnóstico

Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática
Rx de cadera
Sesiones de rehabilitación
6 meses

226. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del pie equino en niños

Descripción

El tratamiento inicial podría ser no quirúrgico con ejercicios de estiramiento y yesos correctores. Un 20% de los casos tratados con este método son corregidos. El resto de los pacientes amerita algún tipo de cirugía después de los 4 meses de edad, desde el alargamiento de los tendones flexores del pie y reparación de la cápsula articular hasta osteotomía desrotatoria. La corrección puede requerir una o varias intervenciones quirúrgicas. Incluye medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete y un promedio de tres a cuatro días de hospitalización después de la cirugía. PROY-NOM-034-SSA2-2000, para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

CIE - 10

Q660 Pie equino

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml

Auxiliares de diagnóstico

Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática

227. Diagnóstico y tratamiento de hemorroides

Descripción

El diagnóstico es clínico. Suele manejarse inicialmente con tratamiento médico. Los casos quirúrgicos incluyen estudios preoperatorios, un promedio de una hora de cirugía de procedimiento quirúrgico (hemorroidectomía) y un día de hoispitalización. Contempla además antibióticos y analgésicos.

CIE - 10

I84 Hemorroides

CIE - 9 - MC

49.46 Hemorroidectomía

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5
1364 Lidocaína-hidrocortisona. Supositorio 60mg/5g, envase 6 supositorios
1363 Lidocaína-hidrocortisona. Ungüento 50mg/g, 2.5 mg/g env 20 g y aplicador
1271 Plantago psyllium. Polvo envase 400 g

Auxiliares de diagnóstico

Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y RH
Química sanguínea de 3 elementos
Biometría hemática

228. Diagnóstico y tratamiento de quirúrgico de fístula y fisura anal

Descripción

Incluye estudios preoperatorios, analgésicos y el procedimiento de fisurectomía o fistulectomía. Incluye un promedio de un día de hospitalización. En algunos casos, a criterio del cirujano, pueden emplearse antibióticos.

CIE - 10

K60 Fisura y fístula de las regiones anal y rectal

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
1364 Lidocaína-hidrocortisona. Supositorio 60mg/5g, envase 6 supositorios
1363 Lidocaína-hidrocortisona. Ungüento 50mg/g, 2.5 mg/g env 20 g y aplicador

Auxiliares de diagnóstico

Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Grupo sanguíneo y Rh
Biometría hemática
Electrocardiograma (ECG)

229. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del absceso rectal

Descripción

Incluye estudios preoperatorios, esquema de analgésicos y drenaje quirúrgico del absceso. El procedimiento se considera de corta estancia y no requiere hospitalización. En algunos casos, a criterio del cirujano, pueden emplearse antibióticos.

CIE - 10

K611 Absceso rectal

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
1308 Metronidazol. Tabletas 500 mg, c/30
1311 Metronidazol. Solución inyectable 500 mg/ 100 ml envase con 100 ml

Auxiliares de diagnóstico

Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Grupo sanguíneo y Rh
Biometría hemática

230. Prostatectomía abierta

Descripción

Procedimiento empleado para extirpar la glándula prostática en los casos de crecimiento no canceroso que se presenta después de los 50 años de edad. El cuadro clínico se caracteriza por dificultad para orinar, poliuria con tenesmo, nicturia y goteo al final de la micción. El diagnóstico se hace con base al cuadro clínico, tacto rectal y antígeno prostático específico para descartar cáncer. El tratamiento quirúrgico incluye dos días de hospitalización y dos consultas de seguimiento.

CIE - 10

N40 Hiperplasia de la próstata

CIE - 9 - MC

60.0 Operaciones sobre próstata

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
4302 Finasterida. 30 grageas de 5 mg

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y Rh
Ultrasonido prostático
Antígeno prostático específico

231. Resección transuretral de próstata

Descripción

Procedimiento indicado en casos de crecimiento no canceroso de la glándula prostática. El cuadro clínico se caracteriza por dificultad para orinar, poliuria con tenesmo, nicturia y goteo al final de la micción. El diagnóstico se hace con base al cuadro clínico, tacto rectal y antígeno prostático específico para descartar cáncer. El tratamiento quirúrgico incluye resección transuretral (RTU), dos días de hospitalización y dos consultas de seguimiento.

CIE - 10

N 40 Hiperplasia de la próstata

CIE - 9 - MC

60.0 Operaciones sobre próstata

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
4302 Finasterida. 30 grageas de 5 mg

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y Rh
Ultrasonido prostático
Antígeno prostático específico

232. Artroplastía de rodilla (incluye cirugía artroscópica)

Descripción

Esta intervención incluye consulta de especialidad, estudios preoperatorios, una hora de procedimiento quirúrgico (convencional o artroscópica), medicamentos analgésicos, antibióticos y un promedio de un día de hospitalización.

CIE - 9 - MC

80.26 Artroscopía de rodilla
80.16 Artrotomía de rodilla
80.76 Sinovectomía de rodilla
81.47 Otra reparación de rodilla
81.44 Estabilizacion de rótula
81.45 Reparacion de los ligamentos cruzados
81.46 Reparacion de los ligamentos colaterales

Medicamentos

1926 Dicloxacilina Cápsulas de 250 mg, c/12
1928 Dicloxacilina Ampolletas 250 mg
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y Rh
Electrocardiograma (ECG)
Rx de rodilla

233. Diagnóstico y tratamiento de esguince cervical

Descripción

Los esguinces son lesiones que afectan la cápsula y/o los ligamentos de una articulación. Según su gravedad se clasifican en grado I, II y III. Los síntomas más comunes son dolor, limitación funcional y signos de inflamación local. En el casso del esguince cervical puede haber además mareo, vértigo, cefalea y acúfenos. Esta intervención incluye estudio radiográfico y manejo con analgésicos, antinflamatorios e inmovilización con collarín. Requiere radiografía de control y pueden manejarse dos consultas de seguimiento.

CIE - 10

S134 Esguince y torcedura de la columna cervical

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx cuello (dos proyecciones)

234. Diagnóstico y tratamiento de esguince de codo

Descripción

Los esguinces son lesiones que afectan la cápsula y/o los ligamentos de una articulación. Según su gravedad se clasifican en grado I, II y III. Los síntomas más comunes son dolor, limitación funcional y signos de inflamación local. Esta intervención incluye estudio radiográfico de la articulación, manejo con analgésicos, antinflamatorios locales y sistémicos, vendaje o férula según el caso, radiografía de control si es necesario y dos consultas de seguimiento. En caso de requerir anestesia el procedimiento quedará a cargo del especialista.

CIE - 10

S534 Esguince y torcedura del codo

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx codo (dos proyecciones)

235. Diagnóstico y tratamiento de esguince de hombro

Descripción

Los esguinces son lesiones que afectan la cápsula y/o los ligamentos de una articulación. Según su gravedad se clasifican en grado I, II y III. Los síntomas más comunes son dolor, limitación funcional y signos de inflamación local. Esta

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20

continúa/

/continuación

intervención incluye estudio radiográfico de la articulación, manejo con analgésicos, antinflamatorios locales y sistémicos, vendaje o férula según el caso, radiografía de control si es necesario y dos consultas de seguimiento. En caso de requerir anestesia el procedimiento quedará a cargo del especialista.

CIE - 10

S434 Esguince y torcedura de la articulación del hombro

0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx hombro (dos proyecciones)

236. Diagnóstico y tratamiento de esguince de la rodilla

Descripción

Los esguinces son lesiones que afectan la cápsula y/o los ligamentos de una articulación. Según su gravedad se clasifican en grado I, II y III. Los síntomas más comunes son dolor, limitación funcional y signos de inflamación local. Esta intervención incluye estudio radiográfico de la articulación, manejo con analgésicos, antinflamatorios locales y sistémicos, vendaje o férula según el caso, radiografía de control si es necesario y dos consultas de seguimiento. En caso de requerir anestesia el procedimiento quedará a cargo del especialista.

CIE - 10

S836 Esguince y torcedura de la rodilla

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx rodilla (dos proyecciones)

237. Diagnóstico y tratamiento de esguince de muñeca y mano

Descripción

Los esguinces son lesiones que afectan la cápsula y/o los ligamentos de una articulación. Según su gravedad se clasifican en grado I, II y III. Los ´sintomas más comunes son dolor, limitación funcional y signos de inflamación local. Esta intervención incluye estudio radiográfico de la articulación, manejo con analgésicos, antinflamatorios locales y sistémicos, vendaje o férula según el caso, radiografía de control si es necesario y dos consultas de seguimiento. En caso de requerir anestesia el procedimiento quedará a cargo del especialista.

CIE - 10

S637 Esguince y torcedura de muñeca y mano

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx muñeca o carpo (dos proyecciones)

238. Diagnóstico y tratamiento de esguince de tobillo y pie

Descripción

Los esguinces son lesiones que afectan la cápsula y/o los ligamentos de una articulación. Según su gravedad se clasifican en grado I, II y III. Los síntomas más comunes son dolor, limitación funcional y signos de inflamación local. En el esguince de tobillo el aumento de volumen se presenta en forma progresiva en la superficie lateral o perineal. Aunque esta intervención incluye estudio radiográfico de la articulación es conveniente revisar las Reglas del tobillo de Ottawa para reducir tiempos de espera y costos. Se incluye manejo con analgésicos, antinflamatorios locales y sistémicos, vendaje o férula según el caso, radiografía de control si es necesario y dos consultas de seguimiento. En caso de requerir anestesia el procedimiento quedará a cargo del especialista.

CIE - 10

S934 Esguince y torcedura del tobillo y pie

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx tobillo o tarso (dos proyecciones)

239. Diagnóstico y tratamiento de fractura de cadera (incluye hemiprótesis con acetábulo)

Descripción

Esta intervención incluye consulta de especialidad, estudios preoperatorios, dos horas de procedimiento quirúrgico (incluyendo hemiprótesis de Thompson con acetábulo o hemiprótesis de Austin-Moore). Tambien se contemplan medicamentos analgésicos, antibióticos y un promedio de tres días de hospitalización.

CIE - 9 - MC

81.40 Reparación de cadera, no clasificada de otra manera
81.52 Sustitución parcial de cadera

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30
1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg.
1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml.
1926 Dicloxacilina Cápsulas de 250 mg, c/12
1928 Dicloxacilina Ampolletas 250 mg

Auxiliares de diagnóstico

Biometría hemática
Tiempo de protombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Grupo sanguíneo y Rh
Electrocardiograma (ECG)
Rx de cadera

240. Diagnóstico y tratamiento de fractura de clavícula

Descripción

En esta intervención se incluye radiografía simple. Dentro del tratamiento se incluye la reducción de la fractura, el vendaje o Velpeaoux y la administración de analgésicos y antinflamatorios. Incluye dos consultas de seguimiento y radiografía de control si es necesario.

CIE - 10

S420 Fractura de la clavícula

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx hombro (dos proyecciones)
Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática

241. Diagnóstico y tratamiento de fractura de cúbito y radio (incluye material de osteosíntesis)

Descripción

El diagnóstico se realiza en base a la historia del trauma y presencia de dolor, deformidad de la región e incapacidad funcional. A la exploración física hay aumento de volumen, tumefacción, espasmo muscular y ocasionalmente equimosis. Se incluye placa radiográfica simple en dos proyecciones. El tratamiento no quirúrgico incluye la reducción de la fractura por manipulación externa, seguido de inmovilización con molde de yeso o plástico, seguimiento a los diez días, estudio radiográfico de control, retiro de yeso y dos visitas de seguimiento. Ante la necesidad de tratamiento quirúrgico que requiera material de osteosíntesis, se le darán los primeros auxilios, se estabilizará al paciente y se hospitalizará e inmovilizará el miembro afectado mientras se

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx cúbito y radio (dos proyecciones)
Grupo sanguíneo y Rh

continúa/

/continuación

programa para cirugía. Esta intervención incluye radiología (tres estudios radiológicos en dos proyecciones), material de osteosíntesis, medicamentos, tres días estancia postoperatoria, tres visitas de seguimiento y rehabilitación.

CIE - 10

S52 Fractura del antebrazo

Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Biometría hemática

242. Diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero (incluye material de osteosíntesis)

Descripción

El diagnóstico se realiza en base a la historia del trauma y presencia de dolor, deformidad de la región e incapacidad funcional. A la exploración física hay aumento de volumen, espasmo muscular y ocasionalmente equimosis. Se incluye placa radiográfica simple en dos proyecciones. El tratamiento no quirúrgico (85% de los casos) incluye la reducción de la fractura por manipulación externa, seguido de inmovilización con molde de yeso o plástico, seguimiento a las cuatro semanas, estudio radiográfico de control, retiro de yeso y dos visitas de seguimiento. Ante la necesidad de tratamiento quirúrgico que requiera material de osteosíntesis, se le darán los primeros auxilios, se estabilizará al paciente y se hospitalizará e inmovilizará el miembro afectado mientras se programa para cirugía. Requiere un promedio de tres días de estancia hospitalaria. Esta intervención incluye radiología (tres estudios radiológicos en dos proyecciones), material de osteosíntesis, medicamentos, tres días estancia postoperatoria y tres visitas de seguimiento.

CIE - 10

S422 Fractura de epífisis superior de húmero
S423 Fractura de diáfisis de húmero
S424 Fractura de epífisis inferior de húmero

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx brazo (dos proyecciones)
Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Biometría hemática

243. Diagnóstico y tratamiento de fractura de mano

Descripción

Esta intervención incluye consulta de especialidad (traumatología), estudios preoperatorios, un promedio de dos horas de procedimiento quirúrgico y un día de hospitalización. También contempla medicamentos analgésicos parenterales y orales.

CIE - 10

79.03 Reducción cerrada de fractura sin fijación int en carpiano y metacarpiano
79.04 Reducción cerrada de fractura sin fijación int en falanges de mano
79.13 Reducción cerrada de fractura con fijación int en carpiano y metacarpian
79.14 Reducción cerrada de fractura con fijación int en falanges de mano
79.23 Reducción abierta de fractura sin fijación int en carpiano y metacarpian
79.24 Reducción abierta de fractura sin fijación int en falanges de mano
79.33 Reducción abierta de fractura con fijación int en carpiano y metacarpiano
79.34 Reducción abierta de fractura con fijación int en falanges de mano

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx mano (dos proyecciones)
Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática

244. Diagnóstico y tratamiento de fractura de tibia y peroné (incluye material de osteosíntesis)

Descripción

El diagnóstico se realiza en base a la historia del trauma y presencia de dolor, deformidad de la región e incapacidad funcional. A la exploración física hay aumento de volumen, espasmo muscular y ocasionalmente equimosis. Se

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20

continúa/

/continuación

incluye placa radiográfica simple en dos proyecciones. El tratamiento no quirúrgico incluye la reducción de la fractura por manipulación externa, seguido de inmovilización con molde de yeso o plástico, seguimiento a las seis semanas, estudio radiográfico de control y retiro de yeso. Ante la necesidad de tratamiento quirúrgico que requiera material de osteosíntesis, se le darán los primeros auxilios, se estabilizará al paciente y se hospitalizará e inmovilizará el miembro afectado mientras se programa para cirugía. Esta intervención incluye radiología (tres estudios radiológicos en dos proyecciones), material de osteosíntesis, medicamentos, tres días estancia postoperatoria y tres visitas de seguimiento.

CIE - 10

S82 Fractura de la pierna

0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx tibia y peroné (dos proyecciones)
Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática

245. Diagnóstico y tratamiento de fractura de tobillo y pie

Descripción

Esta intervención incluye consulta de especialidad (traumatología), estudios preoperatorios, un promedio de dos horas de procedimiento quirúrgico y un día de hospitalización. También contempla medicamentos analgésicos parenterales y orales.

CIE - 10

79.07 Reducción cerrada de fractura sin fijación int en tarsiano y metatarsiano
79.08 Reducción cerrada de fractura sin fijación int en falanges de pie
79.17 Reducción cerrada de fractura con fijación int en tarsiano y metatarsiano
79.18 Reducción cerrada de fractura con fijación int en falanges de pie
79.27 Reducción abierta de fractura sin fijación int en tarsiano y metatarsiano
79.28 Reducción abierta de fractura sin fijación int en falanges de pie
79.37 Reducción abierta de fractura con fijación int en tarsiano y metatarsiano
79.38 Reducción abierta de fractura con fijación int en falanges de pie

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx tobillo y pie
Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)
Biometría hemática

246. Diagnóstico y tratamiento de fracturas de fémur (incluye material de osteosíntesis)

Descripción

En el adulto aproximadamente el 85% de este tipo de fracturas es quirúrgica. El manejo inicial es la estabilización del paciente, inmovilización del segmento afectado con férula pelvipodálica, mitigar el dolor y programar para osteosíntesis (placas y clavos). Puede emplearse material de sustitución, de compresión o intramedular. Esta intervención incluye radiología (tres estudios radiológicos en dos proyecciones), material de osteosíntesis, medicamentos, tres a cuatro días estancia postoperatoria y tres visitas de seguimiento.

CIE - 10

S72 Fractura de fémur

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx fémur (dos proyecciones)
Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Electrocardiograma (ECG)

247. Diagnóstico y tratamiento de luxaciones

Descripción

Incluye estudio radiográfico de la articulación, manejo con analgésicos, antinflamatorios locales y sistémicos, vendaje o férula según el caso, radiografía de control si es necesario y dos consultas de seguimiento. La manipulación bajo anestesia debe quedar a cargo del especialista.

CIE - 10

S831 Luxación de la rodilla
S630 Luxación de la muñeca
S631 Luxación de los dedos de la mano
S531 Luxación del codo
S430 Luxación de la articulación del hombro
S930 Luxación del tobillo
S931 Luxación de los dedos del pie

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Rx hombro (dos proyecciones)
Rx codo (dos proyecciones)
Rx muñeca o carpo (dos proyecciones)
Rx pelvis (dos proyecciones)
Rx rodilla (dos proyecciones)
Rx tobillo o tarso (dos proyecciones)

248. Diagnóstico y tratamiento de pie diabético (incluye desde lavados quirúrgicos hasta amputación supracondílea)

Descripción

Se proporciona la prótesis a los pacientes que han sido amputados por pie diabético como complemento al tratamiento quirúrgico. La rehabilitación comprende una etapa pre-protésica, manejo de dolor farmacológico y no farmacológico, adiestramiento en la colocación y uso de la prótesis y cuidados del muñón. Incluye un promedio de 6 meses de rehabilitación.

CIE - 9 - MC

84.11 Amputación de dedo de pie
84.15 Amputación debajo de la rodilla
84.17 Amputación por encima de la rodilla
86.99 Otros procedimientos sobre piel y tejido subcutaneo

Medicamentos

1921 Bencilpenicilina sódica cristalina. Solución inyec 1,000,000 UI. Fco ámpula.
1933 Bencilpenicilina sódica cristalina. Solución inyec 5,000,000 UI. Fco ámpula.
1935 Cefotaxima Ampolleta 1 g, 4 ml.
0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

249. Diagnóstico y tratamiento de quiste sinovial

Descripción

Incluye estudios preoperatorios, la resección quirúrgica del quiste y manejo con analgésicos y antinflamatorios. No se incluye hospitalización.

CIE - 10

M67 Trastornos de la sinovia y del tendón

Medicamentos

0104 Paracetamol. Tabletas 500 mg c/20
0106 Paracetamol. Suspensión 100 mg/ml
0108 Metamizol. Tabletas 500 mg, c/20
0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas)
3417 Diclofenaco. 20 cápsulas o grageas 100 mg
5501 Diclofenaco. 2 ampolletas con 75 mg/3 ml
3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30

Auxiliares de diagnóstico

Grupo sanguíneo y Rh
Tiempo de tromboplastina parcial
Tiempo de protombina
Biometría hemática
Rx simple

AT.2
CÁLCULO DEL COSTO DE LAS INTERVENCIONES DEL CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD

Para cada intervención se desarrollan protocolos detallados que permiten generar un micro-costeo.

Los protocolos son desarrollados por la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS apoyados por opiniones de expertos de las diferentes unidades de atención pertenecientes a la red de prestadores del SPSS. Los costos para la parte variable se obtienen tanto de información solicitada a las unidades proveedoras de servicio como de costos promedio del IMSS.

Asumiendo que existe la capacidad instalada para proveer las intervenciones, la estimación de los costos variables será suficiente para cubrir los insumos y medicamentos necesarios para proporcionar los servicios esenciales.

Para el cálculo del costo de personal, se utilizarán los tabuladores de sueldos y salarios del personal de la Secretaría de Salud. El mantenimiento y los servicios de electricidad, agua, gas, teléfono y lavandería se costearon para toda la unidad de atención.

Para estimar el valor anual de los componentes del costo de capital, a fin de conocer el costo equivalente o constante para cada uno de los años de vida útil de los bienes se utiliza la siguiente fórmula:

$$E = \frac{k - \frac{S}{(1+r)^n}}{A(n, r)}$$

En donde:
E = costo equivalente anual
n = número de años de vida útil
K = precio de compra
S = precio de reventa del bien
r = tasa de descuento
A(n,r) = factor de actualización

El factor de actualización *A(n,r)* se calcula de la siguiente manera:

$$A(n, r) = 1 - \left[1 - \frac{1}{(1+r)^n} \right] r^{-1}$$

A partir de los resultados obtenidos mediante la estimación de costos y aplicando criterios tales como: necesidades de salud de la población; capacidad resolutiva de las instalaciones médicas, entre otros mencionados en el artículo 9 del Reglamento, se ha llegado a un paquete de intervenciones dirigidas a la persona. El paquete es el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud del SPSS (CAUSES).

AT.3

CÁLCULO DE LA CUOTA SOCIAL Y APORTACIONES SOLIDARIAS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

1. Cuota social

En este apartado se presenta la forma de cálculo de la Cuota social (CS). Además, se incluyen algunas características de la estructura operativa para que los servicios estatales de salud reciban los recursos por concepto de la CS y su vinculación con las familias afiliadas.

La CS definida en artículo 77 Bis 12 de la LGS se calcula considerando lo siguiente:

1) El salario mínimo general diario para el Distrito Federal vigente al 1 de enero de 2004, es decir: 45.24 pesos.
2) El salario mínimo general anual para el Distrito Federal vigente al 1 de enero de 2004, es decir: 45.24 * 365 = 16,513 pesos.
3) La CS anual vigente al 1° de enero de 2004, definida como el 15% del monto definido en el punto anterior: 0.15 * 16,513 = 2,477 pesos.

Este monto de CS anual será actualizado trimestralmente conforme a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) del trimestre inmediato anterior, siguiendo los pasos descritos a continuación:

a) Obtención de la inflación general a partir del INPC del primer trimestre de 2004: 1.57%.[1] Este dato es reportado por el Banco de México y se encuentra disponible en su página Web.[2]
b) Actualización trimestral de la CS anual por inflación del primer trimestre de 2004: 2,477 * (1+0.0157) = 2,516 pesos.

El cuadro AT.3.1 presenta un ejercicio de actualización trimestral.

Los recursos asignados por concepto de CS se transfieren a las entidades en pagos trimestrales anticipados, contra la meta de afiliación trimestral. La excepción es el cuarto trimestre, en donde se transferirá al final contra el número de familias afiliadas durante ese trimestre.

Es importante resaltar que en cada trimestre se darán ajustes al monto total de recursos transferidos a la entidad por las diferencias entre la afiliación efectivamente observada y la meta trimestral. De esta manera, la transferencia que se realice será el resultado de restar a la meta trimestral la afiliación observada en el trimestre anterior.

Para fines ilustrativos, se puede considerar que en términos por familia:

i) La CS que será transferida al inicio del primer trimestre al SPSS por cada familia considerada en la meta de afiliación del primer trimestre de 2004 es: 2,477 * 0.25 = 619 pesos.
ii) La CS que será transferida al principio del segundo trimestre al SPSS por cada familia considerada como parte de la meta de afiliación del segundo trimestre de 2004 es: 2,516 * 0.25 = 629 pesos.

El cuadro AT.3.2 ilustra la transferencia trimestral por familia a las entidades federativas por concepto de CS. Finalmente, el cuadro AT.3.3 muestra los montos de las transferencias trimestrales por familia, considerando el trimestre en el que se afilie a la familia.

Como se observa en el cuadro AT.3.3, una familia que se haya incorporado al SPSS en el primer trimestre implicará un pago total de 2,517 pesos, que es la suma de las aportaciones por concepto de CS por familia que le corresponden por cada trimestre del año fiscal.

Este monto (2,517) es equivalente al promedio de la CS anual calculada para cada uno de los trimestres del año fiscal conforme al cuadro AT.3.2; es decir, es equivalente a:

$$\frac{(2{,}477 + 2{,}516 + 2{,}517 + 2{,}560)}{4}$$

También se observa que en un trimestre determinado, la entidad federativa recibe los mismos recursos por familia para todas las familias comprendidas en su padrón, independientemente del trimestre en que se hayan afiliado, los cuales equivalen al 25% de la CS calculada para el trimestre en cuestión.

Cuadro AT. 3.1

Actualización trimestral de la Cuota social anual por familia

Año concepto	Trimestre								
	2004				2005				2006
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°
Cuota social (pesos)	2,477	2,516	2,517	2,560	2,605	2,626	2,626	2,650	2,692
Inflación	1.57%	0.06%	1.72%	1.76%	0.79%	0.01%	0.91%	1.59%	-

[1] El cálculo de la inflación por trimestre se realiza estimando el cambio en el valor del índice de precios al consumidor entre diciembre (año previo) y marzo, entre marzo y junio, entre junio y septiembre y, entre septiembre y diciembre. Esto permite que la actualización trimestral sea congruente con el cálculo de la inflación anual que mide el cambio en el índice de precios observado entre diciembre del año en cuestión y el mismo mes (diciembre) del año anterior.

[2] www.banxico.org.mx/eInforFinanciera/FSinfoFinanciera.html

Cuadro AT. 3.2

Monto de la Cuota social transferido trimestralmente en 2004 por familia

Concepto	Trimestre			
	1°	2°	3°	4°
Cuota social (pesos)	2,477	2,516	2,517	2,560
Porción de la Cuota social anual aplicable por familia trimestralmente	25%	25%	25%	25%
Monto de Cuota social trimestal por familia (pesos)	619	629	629	640

Cuadro AT. 3.3

Monto de la Cuota social transferido trimestralmente por familia en 2004 según trimestre de afiliación (pesos)

Trimestre	Monto de cuota social				Total
1°	619	629	629	640	2,517
2°		629	629	640	1,898
3°			629	640	1,269
4°				640	640

Como se observa en el mismo cuadro, por una familia que se haya afiliado en el último trimestre del año, la entidad federativa recibirá el 25% de la CS anual estimada para el cuarto trimestre del año fiscal, es decir 640 pesos.

Cabe señalar que la afiliación tiene una vigencia anual, por lo que garantizar la re-afiliación de las familias es un elemento fundamental para dar mayor certidumbre presupuestal a las entidades. Dado que la afiliación y re-afiliación son voluntarias, la única manera de "asegurar" recursos presupuestales es mediante la satisfacción de la población con los servicios recibidos a través del SPSS. Esta vinculación entre una asignación presupuestal con base en el número de familias afiliadas y la calidad de la prestación de los servicios es precisamente el elemento de la reforma mediante el cual se promueve un financiamiento más democrático en función de la demanda.

Como notas finales es importante mencionar que:

i. Los montos trimestrales representan los ingresos por CS que el SPSS recibirá del gobierno federal como flujo trimestral de efectivo, considerando la actualización por inflación. Dichos montos se transfieren al inicio del trimestre para que las entidades federativas tengan los recursos necesarios para operar.

ii. Si bien el salario mínimo general del Distrito Federal se empleó como referencia inicial para el cálculo de la CS, los cambios futuros que se den en dicho salario ya no se considerarán en el cálculo. El valor de la CS estimado a la fecha de entrada en vigor de la reforma es el valor base de la CS. Los valores futuros se estiman como la actualización por inflación de este valor base.

2. Aportaciones solidarias

El presente apartado ilustra el método para calcular la Aportación solidaria estatal (ASE) y la Aportación solidaria federal (ASF). Es importante señalar que la alimentación de datos y aplicación de las fórmulas de cálculo de las aportaciones solidarias se realiza mediante la participación de diversas áreas: la CNPSS, la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría a través de su Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP), y la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

2.1 Aportación solidaria estatal

El artículo 77 Bis 13, fracción I de la Ley establece que *"...la aportación solidaria estatal mínima por familia será equivalente a la mitad de la cuota social a que se refiere el artículo anterior"*. Esto se resume en la siguiente fórmula:

Ecuación 1:

ASE anual por familia = 0.5 * Cuota social anual por familia

Esta aportación se expresa como un monto anual por familia. Sin embargo, al depender directamente del monto de la Cuota social, el valor anual está sujeto a la actualización trimestral conforme al INPC. El valor anual de la ASE actualizado por inflación para cada trimestre se muestra en el cuadro AT.3.4.

Las entidades federativas deben comprobar el pago de su ASE, y ésta puede ser complementada por el gobierno del estado mediante aportaciones adicionales. Los criterios para el registro de la ASE se definen en los lineamientos que para tal efecto expide la Secretaría de Salud, a través de la CNPSS y en coordinación con la DGIS en lo referente a la congruencia con Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) (ver AL.11).

2.2 Aportación solidaria federal promedio (nacional)

Conforme a la Ley y el Reglamento, la Aportación Solidaria Federal (ASF) por familia afiliada corresponde -en promedio- a una y media veces la Cuota social, es decir:

Ecuación 2:

ASF promedio anual por familia = 1.5 * Cuota social anual por familia

Esta aportación se expresa como un monto anual por familia. Sin embargo, al depender directamente del monto de la CS, el valor anual está sujeto a la actualización trimestral conforme al INPC. El valor anual de la ASF actualizado por inflación para cada trimestre se muestra en el cuadro AT.3.5.

2.3 Aportación solidaria federal por entidad federativa

En el apartado anterior, se describe el cálculo del valor promedio (nacional) de la ASF. El valor de la ASF que corresponde a cada entidad federativa en lo particular, se establece alrededor del valor promedio (nacional) como resultado de aplicar la fórmula estipulada

Cuadro AT. 3.4

Aportación solidaria estatal: valor anual por familia actualizado de forma trimestral por el INPC (pesos)

	Trimestre del año fiscal								
	2004				2005				2006
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°
Cuota social anual	2,477	2,516	2,517	2,560	2,605	2,626	2,626	2,650	2,692
Aportación solidaria estatal anual	1,239	1,258	1,259	1,280	1,303	1,313	1,313	1,325	1,346

Nota: La actualización por inflación de la Cuota social se realizó conforme a estimaciones del Banco de México. Para detalles sobre la actualización por inflación efectuada cada trimestre sobre el valor anual de la Cuota social, se sugiere consultar la sección 1 de este anexo.

Cuadro AT. 3.5

Aportación solidaria federal promedio: valor anual por familia actualizado de forma trimestral por el INPC (pesos)

	Trimestre del año fiscal								
	2004				2005				2006
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°
Cuota social anual	2,477	2,516	2,517	2,560	2,605	2,626	2,626	2,650	2,692
Aportación solidaria federal anual	3,716	3,774	3,776	3,840	3,908	3,939	3,939	3,975	4,038

Nota: La actualización por inflación de la Cuota social se realizó conforme a estimaciones del Banco de México. Para detalles sobre la actualización por inflación efectuada cada trimestre sobre el valor anual de la Cuota social, se sugiere consultar la sección 1 de este anexo.

en el artículo 87 del Reglamento en materia de Protección Social en Salud. En este apartado se ilustra el cálculo de la ASF que corresponde a cada entidad federativa incorporada al SPSS como resultado de utilizar esta fórmula.

Como punto de partida se establece el monto total de recursos del FASP.[3] Subsecuentemente estos recursos se dividen en cuatro componentes o "bolsas" de asignación: i) por familia beneficiaria, ii) por necesidades de salud, iii) por esfuerzo estatal, y iv) por desempeño. Los recursos de cada componente se distribuyen entre las entidades con base en los criterios y variables definidos en las fracciones IV, V, VI y VII del artículo 87 del Reglamento. Una vez que se obtienen los recursos por componente para cada entidad federativa, éstos se suman y el resultado corresponde a la ASF por familia que recibe cada estado. Dado que operativamente, como se verá más adelante, la ASF se transferirá trimestralmente a las entidades federativas, a continuación se presenta un ejercicio hipotético de estimación del valor anual de la ASF al primer trimestre de 2006 considerando una meta de afiliación equivalente al 10% de las familias no aseguradas en cada entidad federativa.

Paso 1. Se determina el monto total de recursos que corresponden al FASP conforme a la LGS. Es decir, el monto total de recursos a distribuir por fórmula se estima multiplicando el número total (nacional) de familias afiliadas por la ASF promedio anual por familia (para obtener la ASF promedio, véase ecuación 2).

[3] FASP: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona. Se sugiere consultar la sección de acrónimos.

Ecuación 3:

Recursos totales para el FASP = Total de familias afiliadas *ASF promedio anual por familia

Lo que equivale a:
4,798 (millones de pesos) = 1,188,367 (familias) * 4,038 (pesos por familia)

Paso 2. El monto total de recursos disponible para el FASP se distribuye entre cada uno de los cuatro componentes de asignación con base en los ponderadores o porcentajes asociados a cada componente como parte de la asignación total.

El cuadro AT.3.6 muestra cómo el monto total de recursos obtenido en el Paso 1 (ver ecuación 3) se distribuye entre los componentes de asignación.

Paso 3. Una vez determinado el tamaño de la bolsa de recursos disponible para cada componente de asignación, se realiza la distribución de recursos entre las entidades federativas, de acuerdo con el siguiente procedimiento para cada componente:

a) Componente de asignación por familia beneficiaria

Los recursos se distribuyen de acuerdo con la proporción de familias beneficiarias en cada entidad con respecto al número total de familias no aseguradas afiliadas a nivel nacional.

El cuadro AT.3.7 muestra, para dos entidades, la manera de obtener diferentes resultados a través de operaciones referidas como coordenadas. Este *sistema de coordenadas* será utilizado

Cuadro AT. 3.6

Ponderación y determinación de montos totales de recursos disponibles por componente de asignación

Componentes	Ponderadores	Monto total a distribuir
1. Por familia beneficiaria	80.00%	3,838,901,692
2. Necesidades de salud	18.50%	887,746,016
3. Esfuerzo estatal	0.25%	11,996,568
4. Desempeño	1.25%	59,982,839
Monto total	100.00%	4,798,627,115

Cifras en pesos.

para ilustrar el cálculo de recursos correspondientes a cada entidad federativa de los componentes restantes.[4]

Como se desprende del cuadro AT.3.7, la entidad 1 tiene mayor proporción de población beneficiaria con respecto a la población total y por lo tanto recibe mayores recursos.

b) Componente de asignación por necesidades de salud

Las necesidades de salud suelen medirse a partir de variables que reflejan las condiciones de salud de la población. En este caso se consideraron dos variables conforme a lo definido en el Reglamento: *a) probabilidad de morir en niños de 0 a 5 años y b) probabilidad de morir en adultos de 45 a 60 años*.

Estas variables se caracterizan por reflejar las necesidades de salud de la población más vulnerable y captar aquellas necesidades asociadas al rezago en salud y al envejecimiento de la población.

El cuadro AT.3.8 ejemplifica, para dos entidades con el mismo tamaño de población, el efecto que genera ajustar la población con las dos variables mencionadas. Asimismo, en dicho cuadro se presentan las fórmulas que detallan los cálculos realizados. Para entender la nomenclatura, se sugiere consultar el apartado anterior, en donde se explica el *sistema de coordenadas* utilizado para ilustrar el cálculo.

Para estimar el monto de recursos correspondiente al componente de necesidades de salud, el punto de partida es la población beneficiaria de cada entidad federativa, la cual se ajusta por las probabilidades de morir en menores de 5 años y la de adultos (45 a 60 años). Dicho ajuste (ver columnas E y F del cuadro AT.3.8) se hace por separado, al multiplicar la población beneficiaria de cada entidad por el cociente de la probabilidad de morir del estado entre la probabilidad de morir a nivel nacional.

Como se observa en el cuadro AT.3.8, la entidad 1 presenta una probabilidad de morir en menores de 5 años mayor al valor nacional y al valor de la entidad 2. La entidad 2 presenta una probabilidad de morir en este grupo de edad menor con respecto a la entidad 1 y al valor nacional. En consecuencia, al ajustar la población por necesidades de salud asociadas a la población infantil (columna E) se observa un "incremento" en la población beneficiaria de la entidad 1 (277,028) con respecto a la población original (200,000), mientras que la población de la entidad 2 se "reduce" (144,269) con respecto a su valor original.

Por otra parte, al ajustar la población por las necesidades de salud asociadas a la población adulta (columna F) se observa un incremento en la población de la entidad 2 (210,612) mientras que la población de la entidad 1 disminuye (185,373).

Una vez que se obtiene por separado la población ajustada por necesidades de salud asociada a la población infantil y adulta, se realiza una suma ponderada para obtener el ajuste combinado de ambas variables. Se utilizaron los siguientes ponderadores: 67% para el ajuste por necesidades de salud asociadas a la población infantil y 33% para el ajuste asociado a la población adulta (ver columna G del cuadro AT.3.8).

Posteriormente, la población ajustada de cada entidad federativa se redefine en términos de la población total mediante el uso de una regla proporcional. A partir de esta última, se distribuyen proporcionalmente los recursos (ver columna I).

Cuadro AT. 3.7

Mecanismo de distribución de recursos asociados al componente de asignación por familia por entidad federativa

		Monto a distribuir por el componente de asignación por familia (A) = 3,838,901,692		
		Familias beneficiarias	Proporción de familias beneficiarias	Recursos asignados por el componente por familia 1/
		(B)	(C)	(A) x (C)
Entidad 1	(1)	152,000	(1B) / (NB) = 0.128	(A) * (1C) = 491,020,800
Entidad 2	(2)	6,000	(2B) / (NB) = 0.005	(A) * (2C) = 19,382,400
Total nacional	(N)	1,188,367	(NB) / (NB) = 1.000	(A) * (NC) = 3,838,901,692

1/ Cifras en pesos. Las diferencias en los montos presentados se explican por el redondeo de la proporción de familias beneficiarias

[4] Ejemplo de la ilustración del cálculo mediante el uso de coordenadas: el término (A)*(2C) = 19,382,400 pesos se interpreta de la siguiente manera:
(A) señala el monto total a distribuir en el componente de asignación por familia (3,838,901,692 pesos).
(2C) representa la fila "2" y la columna "C", es decir, la proporción de familias beneficiarias de la entidad 2 con respecto al total nacional (0.005).
De esta forma, el monto total de recursos del componente de asignación por familia se multiplica por la proporción de familias beneficiarias de la entidad 2.

Cuadro AT.3.8

Mecanismo de distribución de recursos asociados al componente de necesidades de salud por entidad federativa

		Monto a distribuir por el componente de necesidades de salud (A)= 887,746,016							
		Población no asegurada	Probabilidad de morir en niños de 0 a 5 años	Probabilidad de morir en adultos de 45 a 60 años	Población ajustada por necesidades de salud asociadas a la población infantil	Población ajustada por necesidades de salud asociadas a la población adulta	Ajuste por necesidades de salud (combinación de necesidades de salud asociadas a población infantil y adulta)	Población beneficiaria ajustada por necesidades de salud 2/	Recursos asignados por el componente de necesidades
		(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)
Entidad 1	(1)	200,000	0.0361	0.1300	(1B) * [(1C) / (NC)] = 277,028	(1B) * [(1D) / (ND)] = 185,373	[(1E) * (0.67)] + [(1F) * (0.33)] = 246,782	(NB) * [(1G) / (NG)] = 246,144	(A) * [(1H) / (NH)] = 459,339
Entidad 2	(2)	200,000	0.0188	0.1477	(2B) * [(2C) / (NC)] = 144,269	(2B) * [(2D) / (ND)] = 210,612	[(2E) * (0.67)] +[(2F) * (0.33)] = 166,162	(NB) * [(2G) / (NG)] = 177,853	(A) * [(2H) / (NH)] = 309,281
Total nacional	(N)	510,499,725	0.0261	0.1403	SUMA 1/ 479,380,672	SUMA 1/ 472,072,741	[(NE) * (0.67)] + [(NF) * (0.33)] = 476,944,695	(NB) * [(NG) / (NG)] = 510,499,725	(A) * [(NH) / (NH)] = 887,746,016

1/ Representa la suma de la población ajustada de las 32 entidades federativas, por lo que no necesariamente debe coincidir con la suma de la población ajustada de las dos entidades mostradas. Lo relevante para efectos de la asignación es la proporción que guarda la población ajustada de cada entidad con respecto a la suma de la población ajustada.
2/ Mediante el uso de una regla proporcional, la población ajustada de cada entidad federativa se redefine en términos de la población total. Esto facilita la interpretación del efecto generado por el ajuste por necesidades de salud con respecto a la población observada en cada entidad.
Cifras en pesos.

En este caso se ejemplifica cómo la probabilidad de morir en menores de 5 años tiene mayor importancia relativa que la de adultos. A pesar de que las dos entidades presentan la misma población susceptible de ser afiliada al SPSS, al ser ajustadas por necesidades de salud (ver columna H del cuadro AT.3.8) se observa que la entidad 1 (cuya probabilidad de morir en menores de 5 años es mayor que el promedio nacional), termina con una población mayor después del ajuste y por ende, con una asignación mayor de recursos.

Es importante distinguir dos efectos resultantes del ajuste por necesidades de salud: el primero es que la población no asegurada se modifica de acuerdo con la probabilidad de morir observada en el estado con respecto a la nacional (esto aplica tanto en el caso de necesidades asociadas a población infantil como adulta). El segundo efecto se refiere al mayor peso que se le da al ajuste por necesidades de salud asociadas a la población infantil en la estimación del ajuste combinado de ambas variables.

c) Componente de asignación por esfuerzo estatal

El componente de asignación por esfuerzo estatal se estima en función de las aportaciones que la entidad realice en adición a lo establecido en el artículo 77 Bis 13 fracción I y hasta por un monto equivalente a dos veces la ASE definida en la Ley.

Como se observa en el cuadro AT.3.9, se comparan los recursos erogados para financiar los servicios de salud durante el año inmediato anterior (con respecto al monto de la ASE establecida por Ley). En lo que respecta a la entidad 1, se considera como aportación estatal adicional la diferencia entre ambos montos de recursos (67,408 miles de pesos). Sin embargo, en el caso de la entidad 2, quien aporta recursos en una cantidad mayor a dos veces la ASE, sólo se considera el monto equivalente a dos veces la ASE definida en la Ley (16,152 miles de pesos) (ver columna E).[5]

Por último, una vez que se determina para cada entidad el monto de recursos estatales adicionales susceptible de ser considerado en este componente de asignación, el total de recursos disponibles para este componente se distribuye entre las entidades conforme al porcentaje que represente su aportación adicional con respecto a la suma total de aportaciones estatales adicionales.

d) Componente de asignación por desempeño

Los recursos de este componente se distribuyen de acuerdo con la participación que tiene el indicador de desempeño de cada entidad en la suma total. Para las asignaciones de recursos 2005 y 2006 se utilizó como indicador de desempeño la variable cobertura efectiva (ver recuadro 3.3). En el futuro se espera mejorar la medición del

[5] Para comprender la nomenclatura utilizada, se sugiere consultar el apartado a) Componente de asignación por familia beneficiaria, donde se explica el sistema de coordenadas utilizado en los cuadros.

Cuadro AT.3.9

Mecanismo de distribución de recursos asociados al componente de esfuerzo estatal por entidad federativa

		Monto a distribuir por el componente de esfuerzo estatal (A)= 11,996,568				
		Monto de recursos aportado por la entidad en el año inmediato anterior	Monto total de la aportación solidaria estatal establecido por LGS	Aportación solidaria estatal adicional a considerar	Aportación solidaria estatal adicional a considerar que cumple con fracc. VI Art. 87 del Reglamento 1/	Recursos asignados por el componente de esfuerzo estatal
		(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
				(1B) - (1C) =	Min[(1D),2*(1C)] =	(A)*[(1E) / (NE)] =
Entidad 1	(1)	272,000,000	204,592,000	67,408,000	67,408,000	324,634
				(2B) - (2C) =	Min[(2D),2*(2C)] =	(A)*[(2E) / (NE)] =
Entidad 2	(2)	850,000,000	8,076,000	841,924,000	16,152,000	77,787
				SUMA 2/	SUMA 2/	(A)*[(NE) / (NE)] =
Nacional	(N)	12,342,987,191	1,599,542,372	10,780,798,364	2,491,004,613	11,996,568

1/ El uso de esta función "mínimo" permite acotar el valor máximo que podrá ser considerado como ASE adicional para aquellas entidades federativas cuya aportación rebasa en dos veces el monto total de la ASE conforme a la LGS.
2/ Representa la suma vertical de las 32 entidades federativas.
Cifras en pesos.

Cuadro AT. 3.10

Mecanismo de distribución de recursos asociados al componente de asignación por desempeño por entidad federativa

		Monto a distribuir por el componente de asignación por desempeño (A) = 59,982,839		
		Desempeño medido mediante el indicador de cobertura efectiva	Participación en la suma total	Recursos asignados por el componente por desempeño 2/
		(B)	(C)	(A) x (C)
Entidad 1	(1)	0.69	(1B) / (NB) = 0.035	(A) * (1C) = 2,091,405
Entidad 2	(2)	0.52	(2B) / (NB) = 0.026	(A) * (2C) = 1,574,599
Total nacional	(N)	SUMA 1/ 19.85	(NB) / (NB) = 1.000	(A) * (NC) = 59,982,839

1/ Representa la suma vertical de las 32 entidades federativas.
2/ Cifras en pesos.

desempeño de manera que se tomen en cuenta los tres objetivos básicos del sistema de salud: mejorar las condiciones de salud (tanto en nivel como en equidad), mejorar la capacidad de respuesta incluyendo la dimensión técnica e interpersonal de este concepto y brindar protección financiera. Cabe enfatizar que en la definición de la variable que se construya en el futuro para medir el desempeño estatal, será deseable incorporar además de una medida de logro o resultados alcanzados, un ajuste por los recursos con que se cuenta en cada caso. En el cuadro AT.3.10 se ilustra la asignación para dos entidades.

e) Estimación del monto por familia que por concepto de ASF corresponde a cada entidad

Una vez estimada la asignación de recursos para cada uno de los componentes comprendidos en la fórmula, se suman los montos obtenidos por entidad federativa. El monto total resultante se divide entre el número de familias beneficiarias de la entidad para obtener la ASF por familia. Este monto por familia a su vez se divide entre el monto de la Cuota social (en este ejemplo, 2,692 pesos al año por familia). De esta manera se obtienen los resultados en la forma en que se muestran en el cuadro AT.3.11.

Cabe recordar que uno de los elementos clave para el cálculo es la población beneficiaria del SPS para el año correspondiente. Durante la fase de transición hacia la cobertura universal de la población no asegurada (2004-2010), esta población corresponde a la meta anual de afiliación de familias no aseguradas. La meta de afiliación anual se acuerda con cada entidad federativa incorporada al SPSS, ya que involucra la corresponsabilidad en el financiamiento tanto por parte del gobierno estatal como federal.

f) Determinación de recursos adicionales por entidad federativa

Una vez estimado el monto de la ASF por familia beneficiaria y tomando en cuenta el número de familias a incorporar al SPSS, se estima el monto total de recursos que deberá recibir cada entidad si se cumple la meta de afiliación acordada.

Cuadro AT.3.11

Aportación solidaria federal por entidad federativa

		Recursos asignados por componente por familia beneficiaria	Recursos asignados por el componente de necesidades de salud	Recursos asignados por el componente de esfuerzo estatal	Recursos asignados por el componente de desempeño	Aportación solidaria federal anual (ASF)	Familias beneficiarias	Aportación solidaria federal anual por familia	Aportación solidaria federal expresada en número de veces la Cuota social (CS)
		(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)
						(1A + 1B + 1C + 1D) =		(1E) / (1F) =	(1G)/ (CS: $2,692) =
Entidad 1	(1)	491,020,800	459,339	324,634	2,091,405	493,896,179	152,000	3,249	1.21
						(2A + 2B + 2C + 2D) =		(2E) / (2F) =	(2G)/ (CS: $2,692) =
Entidad 2	(2)	19,382,400	309,281	77,787	1,574,599	21,344,067	6,000	3,557	1.32
						(NA + NB + NC + ND) =		(NE) / (NF) =	(NG)/ (CS: $2,692) =
Total nacional	(N)	3,838,901,692	887,746,016	11,996,568	59,982,839	4,798,627,115	1,188,367	4,038	1.50

Cifras en pesos, excepto columnas F y H.

Conforme a lo establecido en los artículos transitorios de la Ley y del Reglamento, el siguiente paso es contabilizar aquellos recursos que del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) se presupuestaron para financiar la prestación de servicios de salud a la persona en el año presupuestal a considerar. Lo anterior, tomando en cuenta que los recursos del FASSA deben permitir garantizar la continuidad de la atención de la población aún no afiliada al SPSS. Así, de los recursos FASSA dirigidos a los servicios de salud a la persona, se debe contabilizar únicamente la parte proporcional que se asigna a la población afiliada al SPSS. Cuando los recursos existentes son menores al monto determinado conforme a la Ley, corresponde a la entidad recibir recursos adicionales. En la práctica, a estos recursos se les conoce como "ASF complementaria" (ASF^c). En aquellos casos en que los recursos existentes exceden el monto establecido por Ley, no se asignan recursos adicionales.[6]

En suma, los componentes de asignación de recursos determinan el monto total que corresponde a cada entidad federativa por concepto de aportación solidaria federal. Al respecto, es importante mencionar que la estimación de recursos en 2004 consideró únicamente los componentes de asignación por familia y por necesidades de salud, con ponderadores: 80% y 20% respectivamente. El componente de esfuerzo estatal no se incluyó en dicha estimación debido a que 2004 presentó en el primer año de transición hacia el SPSS una elevada heterogeneidad en términos de la meta de afiliación por entidad. El componente de desempeño tampoco fue considerado en la asignación 2004 dado que el indicador correspondiente estaba en desarrollo.

En las asignaciones 2005 y 2006, además de los componentes de asignación por familia (80.0%) y por necesidades de salud (18.5%), se incorporaron las variables de esfuerzo estatal y de desempeño con ponderadores: 0.25% y 1.25%, respectivamente.

La fórmula contenida en el Reglamento está conceptualizada bajo un esquema de cobertura universal. Durante la fase de transición la definición de los ponderadores de cada componente deberá ser establecida anualmente tomando en cuenta el ritmo observado en la incorporación gradual de familias al SPSS. Esto implica que los resultados de aplicar la fórmula son sensibles al número de familias beneficiarias incluidas tanto en términos globales como por entidad federativa.

Por otra parte, es importante mencionar que la fracción VIII del artículo 87 del Reglamento establece que el componente de asignación por familia beneficiaria no podrá ser menor al ochenta por ciento de la ASF. Lo anterior, con el objetivo principal de promover una mayor equidad en las asignaciones federales entre entidades federativas; esto se logra fundamentalmente a partir de los componentes de asignación por familia y por necesidades de salud.

El cuadro AT.3.12 muestra los resultados de aplicar la fórmula de asignación para cada entidad federativa bajo un escenario que asume una meta de afiliación para cada entidad federativa equivalente al 10% de las familias no aseguradas en la entidad (ver cuadro AT.3.13) y los siguientes ponderadores: 80%, 18.5%, 0.25% y 1.25% para los componentes de asignación por familia, por necesidades de salud, por esfuerzo estatal y desempeño, respectivamente. El cálculo del componente de asignación por familia se realizó a partir de las familias no aseguradas estimadas para el año 2003. El componente de necesidades de salud se estimó con base en las probabilidades de muerte infantil y adulta estimadas para el año 2004.[7] Finalmente, para el componente de asignación por esfuerzo estatal se utilizó el gasto estatal reportado en el 2004.[8]

[6] Bajo esta misma lógica de alineación de recursos federales existentes se podrán contabilizar como parte de la ASF recursos de otros programas federales, como el programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

[7] Las cifras de población no asegurada y probabilidades de muerte para niños de cero a cinco años y adultos de 45 a 60 años fueron proporcionadas por la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

[8] El gasto estatal se obtuvo de cifras preliminares proporcionadas por la Dirección General de Información en Salud el 10 de febrero de 2006 para efectos de este ejercicio.

Cuadro AT.3.12

Aportación solidaria federal por entidad federativa

Entidad federativa	Aportación solidaria federal anual (miles de pesos)	Aportación solidaria federal anual por familia (pesos)	Aportación solidaria federal expresada en número de veces la Cuota social
Aguascalientes	32,513	4,133	1.54
Baja California	95,279	3,840	1.43
Baja California Sur	17,439	4,285	1.59
Campeche	36,025	4,215	1.57
Coahuila	52,059	3,905	1.45
Colima	25,734	4,133	1.54
Chiapas	299,392	4,347	1.61
Chihuahua	109,457	3,880	1.44
Distrito Federal	307,207	3,759	1.40
Durango	58,875	4,071	1.51
Guanajuato	246,409	4,060	1.51
Guerrero	212,359	4,249	1.58
Hidalgo	139,161	4,114	1.53
Jalisco	276,406	3,910	1.45
México	594,885	3,909	1.45
Michoacán	254,889	4,076	1.51
Morelos	89,659	3,977	1.48
Nayarit	52,074	4,089	1.52
Nuevo León	95,725	3,820	1.42
Oaxaca	244,883	4,262	1.58
Puebla	318,471	4,136	1.54
Querétaro	62,191	4,102	1.52
Quintana Roo	44,278	4,033	1.50
San Luis Potosí	115,376	4,131	1.53
Sinaloa	94,866	4,008	1.49
Sonora	75,085	3,914	1.45
Tabasco	114,057	4,146	1.54
Tamaulipas	115,072	3,869	1.44
Tlaxcala	54,901	4,153	1.54
Veracruz	410,102	4,072	1.51
Yucatán	72,378	4,089	1.52
Zacatecas	81,420	4,126	1.53
Total	4,798,627	4,038	1.50

g) Transferencias en el ámbito operativo

La canalización de recursos a las entidades federativas por concepto de ASF se realizará mediante transferencias mensuales vencidas; es decir, al final de cada mes se han de transferir los recursos que correspondan al número de familias afiliadas reportadas al final del mes en cuestión. Para efectos operativos, la ASF se calcularía de la siguiente manera (este ejemplo considera el valor de la ASF promedio nacional en 2004, ver cuadro AT.3.5):

1. La ASF promedio que sería transferida al final de cada uno de los meses comprendidos en el primer trimestre de 2004 (enero, febrero y marzo) por cada familia afiliada en el mes correspondiente equivale a: 3,716 * (1/12) = 3,716 * 0.083 = 310 pesos mensuales por familia.

2. La ASF promedio que sería transferida al final de cada uno de los meses comprendidos en el segundo trimestre de 2004 (abril, mayo y junio) por cada familia afiliada en el mes

Cuadro AT.3.13

Población beneficiaria considerada en el ejercicio

Entidad federativa	Familias	Personas
Aguascalientes	7,867	34,412
Baja California	24,810	92,527
Baja California Sur	4,070	15,063
Campeche	8,547	36,829
Chiapas	13,330	50,059
Chihuahua	6,226	23,702
Coahuila	68,873	332,057
Colima	28,212	105,690
Distrito Federal	81,725	302,295
Durango	14,460	61,872
Guanajuato	60,693	280,728
Guerrero	49,975	231,075
Hidalgo	33,827	148,330
Jalisco	70,692	293,469
México	152,178	661,113
Michoacán	62,541	277,946
Morelos	22,543	92,999
Nayarit	12,735	51,383
Nuevo León	25,061	93,356
Oaxaca	57,451	260,831
Puebla	76,996	360,061
Querétaro	15,162	67,936
Quintana Roo	10,979	43,326
San Luis Potosí	27,929	126,973
Sinaloa	23,670	98,292
Sonora	19,185	73,500
Tabasco	27,513	122,071
Tamaulipas	29,745	112,182
Tlaxcala	13,219	61,185
Veracruz	100,718	432,178
Yucatán	17,700	76,063
Zacatecas	19,733	85,493
Total	1,188,367	5,104,997

Nota: las metas de afiliación se estimaron como 10% de las familias susceptibles de ser incorporadas al SPSS en cada entidad federativa.

correspondiente equivale a: 3,774 * (1/12) = 3,774 * 0.083 = 314 pesos mensuales por familia.

3. La ASF promedio que sería transferida al final de cada uno de los meses comprendidos en el tercer trimestre de 2004 (julio, agosto y septiembre) por cada familia afiliada en el mes correspondiente equivale a: 3,776* (1/12) = 3,776 * 0.083 = 315 pesos mensuales por familia.

4. La ASF promedio que sería transferida al final de cada uno de los meses comprendidos en el cuarto trimestre de 2004 (octubre, noviembre y diciembre) por cada familia afiliada en el mes correspondiente equivale a: 3,840* (1/12) = 3,840 * 0.083 = 320 pesos mensuales por familia.

Finalmente, es importante resaltar dos aspectos inherentes a la implantación gradual del SPSS y su impacto en el flujo de efectivo que se recibirá mediante las aportaciones antes descritas:

1) Debido al compromiso financiero que los gobiernos estatales y federal asumen al fijar las metas de afiliación anual, operativamente se procurará que la mayoría de las familias a ser afiliadas por primera vez, sean incorporadas en el segundo semestre del ejercicio fiscal (año presupuestal). Así, tanto el gobierno estatal como federal podrán presupuestar los recursos necesarios para cubrir las aportaciones respectivas sin ver desequilibradas sus finanzas. Además, el hecho de que la vigencia de las familias incorporadas durante el segundo semestre del año termine al año siguiente, permite presupuestar recursos que no era posible asegurar sin antes haber realizado la afiliación.

2) El monto total a recibir por las aportaciones variará anualmente, aún después del periodo de implantación, debido a que si bien existen metas y topes de afiliación anual, éstos dependerán en gran medida de la re-afiliación de las familias. La re-afiliación es uno de los indicadores más importantes del nivel de satisfacción de las necesidades de salud que las familias obtienen al afiliarse al SPSS.

AT.4

LISTA DE ENFERMEDADES E INTERVENCIONES IDENTIFICADAS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL COMO GENERADORAS DE GASTOS CATASTRÓFICOS

El cuadro AT.4.1 proviene de los documentos presentados en las sesiones ordinarias del CSG celebradas el 10 de diciembre de 2003 y el 31 de agosto de 2005. Los documentos incluyen un texto principal y dos volúmenes con detalles de procedimientos médicos, instrumental y medicamentos a considerarse para la construcción de los protocolos y las guías clínico-terapéuticas.

Cuadro AT.4.1

Enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos

Categoría de la LGS	Enfermedad	Intervención
Diagnóstico y tratamiento del cáncer	**Cáncer en niños**	
	Leucemia aguda linfoblástica	Quimioterapia
		Radioterapia
		Terapia de soporte
		Trasplante de médula ósea
	Leucemia aguda mieloblástica	Quimioterapia
		Terapia de soporte
		Trasplante de médula ósea
	Linfoma no Hodgkin	Quimioterapia
		Radioterapia
		Tratamiento quirúrgico
		Terapia de soporte
	Linfoma de Hodgkin	Quimioterapia
		Radioterapia
		Terapia de soporte
		Trasplante de médula ósea
	Meduloblastoma	Quimioterapia
		Resección quirúrgica
		Terapia de soporte
	Astrocitoma diferenciado	Quimioterapia
		Resección quirúrgica
		Terapia de soporte
	Astrocitoma anaplásico / Glioblastoma multiforme y otros tumores cerebrales indiferenciados anaplásicos	Quimioterapia
		Radioterapia
		Resección quirúrgica
		Terapia de soporte
	Neuroblastoma	Quimioterapia
		Radioterapia
		Resección quirúrgica
		Terapia de soporte
	Osteosarcoma	Quimioterapia
		Resección quirúrgica
		Terapia de soporte
	Retinoblastoma	Quimioterapia
		Radioterapia
		Resección quirúrgica
		Prótesis ocular
		Terapia de soporte

continúa/

/continuación

	Tumor de Wilms	Quimioterapia
		Radioterapia
		Resección quirúrgica
		Terapia de soporte
	Sarcoma de partes blandas	Quimioterapia
		Radioterapia
		Resección quirúrgica
		Terapia de soporte
	Cáncer en adultos	
	Cáncer cérvico-uterino	Quimioterapia
		Radioterapia
		Tratamiento quirúrgico
		Terapia de soporte
	Cáncer de mama	Quimioterapia
		Radioterapia
		Hormonoterapia
		Tratamiento quirúrgico
		Terapia de soporte
	Cáncer de próstata	Quimioterapia
		Radioterapia
		Hormonoterapia
		Tratamiento quirúrgico
		Terapia de soporte
	Cáncer de colon y recto	Quimioterapia
		Radioterapia
		Tratamiento quirúrgico
		Terapia de soporte
	Cáncer de estómago	Quimioterapia
		Radioterapia
		Tratamiento quirúrgico
		Terapia de soporte
	Cáncer de testículo	Quimioterapia
		Radioterapia
		Tratamiento quirúrgico
		Terapia de soporte
	Cáncer broncogénico y pulmonar	Quimioterapia
		Radioterapia
		Tratamiento quirúrgico
		Terapia de soporte
	Linfomas en adultos	Quimioterapia
		Radioterapia
		Terapia de soporte
	Cáncer de ovario	Quimioterapia
		Radioterapia
		Terapia de soporte
Cuidados intensivos neonatales	Recién nacido prematuro	Tratamiento médico en UCIN*
		Nutrición parenteral
		Estabilidad metabólica
	Insuficiencia respiratoria del recién nacido:	
	● Insuficiencia respiratoria del recién nacido prematuro	Tratamiento médico en UCIN*
	● Enfermedad de la membrana hialina	

continúa/

/continuación

	● Taquipnea transitoria del recién nacido ● Síndrome de aspiración del meconio ● Hipertensión pulmonar ● Neumonía intrauterina ● Neumonía nosocomial tardía	
	Asfixia neonatal	Tratamiento médico en UCIN* Tratamiento de complicaciones
	Sepsis neonatal	Tratamiento médico en UCIN*
	Malformaciones congénitas: ● Atresia esofágica ● Hernia diafragmática congénita ● Defectos congénitos de la pared abdominal ● Cardiopatías congénitas	Tratamiento médico en UCIN* Tratamiento quirúrgico
VIH-SIDA	VIH-SIDA	Tratamiento antirretroviral Tratamiento de infecciones oportunistas Prevención de infecciones
Problemas cardiovasculares	Infarto agudo de miocardio	Tratamiento médico Angioplastia Puente coronario
	Angina inestable	Tratamiento médico Angioplastia Puente coronario
Trasplantes	Leucemia: Trasplante de médula ósea	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Tratamiento de inmunosupresión
	Ceguera: Trasplante de córnea	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico
	Insuficiencia renal crónica: Trasplante de riñón	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Tratamiento de inmunosupresión
	Insuficiencia hepática crónica: Trasplante de hígado	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Tratamiento de inmunosupresión
	Insuficiencia cardiaca crónica: Trasplante de corazón	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Tratamiento de inmunosupresión
	Insuficiencia pulmonar crónica: Trasplante de pulmón	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Tratamiento de inmunosupresión
Diálisis	Insuficiencia renal crónica terminal	Hemodiálisis Diálisis peritoneal
Lesiones graves	Traumatismo craneoencefálico	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Tratamiento intervencionista Rehabilitación
	Politraumatizado	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Rehabilitación
	Lesiones toraco-abdominales	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico

continúa/

/continuación

	Quemaduras de 2° y 3er grado.	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Cirugía reconstructiva Rehabilitación
	Fracturas graves e inestables	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Osteosíntesis Rehabilitación
Enfermedades cerebro-vasculares	Infarto cerebral	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Rehabilitación temprana
	Hemorragia intracerebral	Tratamiento médico Tratamiento intervencionista Tratamiento quirúrgico Rehabilitación temprana
	Hemorragia subaracnoidea	Tratamiento médico Tratamiento intervencionista Tratamiento quirúrgico Radiocirugía Rehabilitación temprana
Rehabilitación de largo plazo	Secuelas de fractura	Tratamiento quirúrgico Terapia física Terapia del dolor Colocación de prótesis Reeducación de miembro
	Secuelas de amputación	Tratamiento quirúrgico Terapia del dolor Colocación de prótesis Rehabilitación protésica
	Lesión de cadera	Terapia física Terapia del dolor Reemplazo total de cadera Rehabilitación protésica
	Lesión de rodilla	Terapia física Terapia del dolor
	Lesión espinal y secuelas de cirugía espinal	Terapia física Órtesis Neuro-rehabilitación Reeducación de esfínteres
	Secuela de enfermedad neuro-vascular	Terapia física Terapia del lenguaje
	Trastornos del cristalino (cataratas)	Valoración médica Cirugía de cataratas Seguimiento
	Diagnóstico y tratamiento de hemofilia tipo A o B	Valoración médica Tratamiento médico (terapia sustitutiva de factor VIII o IX)
	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades lisosomales	Valoración médica Tratamiento médico (terapia sustitutiva)

Fuente: Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos, CSG, 2006.
*UCIN= unidad de cuidados intensivos neonatales

Cuadro AT.4.2

Integración y actualización de protocolos técnicos en el periodo 2004-2006

	Enfermedades / intervenciones
1.	Cáncer cérvico uterino
2.	VIH-SIDA
3.	Recién nacido prematuro
4.	Infecciones del periodo perinatal
5.	Trastornos respiratorios del periodo perinatal
6.	Leucemia linfoblástica aguda
7.	Leucemia mieloblástica aguda
8.	Leucemia promielocítica aguda
9.	Enfermedad de Hodgkin
10.	Linfoma no Hodgkin (Linfoma Burkitt, Linfoma Linfoblástico, Linfoma de Células B)
11.	Tumor maligno del cerebelo (Meduloblastoma)
12.	Tumor maligno del encéfalo, parte no especificada (Astrocitoma)
13.	Tumor maligno de la retina (Retinoblastoma)
14.	Tumor maligno de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo (Neuroblastoma)
15.	Tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos (Sarcoma de partes blandas)
16.	Tumor maligno de los huesos y cartílagos articulares (Osteosarcoma)
17.	Tumor maligno del riñón (Wilms)
18.	Trasplante de médula ósea
19.	Diálisis continua peritoneal
20.	Hemodiálisis
21.	Trasplante de riñón
22.	Trastornos del cristalino (corrección de cataratas)
23.	Diagnóstico y tratamiento de hemofilia
24.	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades lisosomales

Fuente: Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos, CSG, 2006

Cuadro AT.4.3

Enfermedades e intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en el periodo 2004-2006

Categoría	Enfermedad
VIH/SIDA	VIH/SIDA (provisión de antirretrovirales)
Diagnóstico y tratamiento de cáncer	Cáncer del cuello del útero
	Cáncer en niños (todos los cánceres identificados)
Cuidados intensivos neonatales	Recién nacido prematuro
	Sepsis neonatal
	Síndrome de la membrana hialina
Rehabilitación	Trastornos del cristalino (corrección de cataratas)

Fuente: Dirección General de Gestión de Servicios en Salud, Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud.

AT.5

REDES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD VIGENTES EN 2006

Cuadro AT.5.1

Establecimientos de atención médica por condición de acreditamiento para la prestación de servicios incluidos en el CAUSES 2006

Entidad	Centros de salud			Hospitales			Total
	A	AC[1/]	NA	A	AC[1/]	NA	
Aguascalientes*	34	19		9			66
Baja California	41	2		5	2		50
Baja California Sur	3	13	14	1	3	2	36
Campeche	38	1					39
Chiapas	28			5	1		34
Chihuahua	5	3	3	12	3		26
Coahuila	10	9	3	5	2		29
Colima	31	27	1	2	1		62
Distrito Federal	2	20	1	9	3		35
Durango			13	1	3	3	20
México	50	10	3	4	3		70
Guanajuato	99	110	8	9	3	1	230
Guerrero	13	1		4	1		19
Hidalgo	14	3		3	4		24
Jalisco	58	10	1	3	1		73
Michoacán	19	2		3	3	1	28
Morelos	45	43	4	2	1		95
Nayarit	39	20			3		62
Nuevo León	4	24		7	1		36
Oaxaca	34	20	27	3	2	1	87
Puebla	34	1		6	1		42
Querétaro	20			2	2		24
Quintana Roo		13	10		2	1	26
San Luis Potosí	111	7	'	9	1	1	129
Sinaloa	149	3		3	6	1	162
Sonora	20			11		1	32
Tabasco	208	46		3	1		258
Tamaulipas	32	9		5	4		50
Tlaxcala	17	3					20
Veracruz	58			8	4	1	71
Yucatán	3	11		2	4		20
Zacatecas	53	15	1	1			70
Federales				8			8
Asistencia privada				1	1		2
Totales	1,272	445	89	146	66	13	2,035

Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud, cifras reportadas al 30 de junio de 2006.
Nota: A: Acreditado; AC: Acreditación condicionada; y NA: No acreditado.
1/ Las unidades con acreditación condicionada cuentan hasta con un año para solventar los aspectos por los que les fue condicionada la acreditación según los Lineamientos Técnicos para Establecimientos Públicos del Seguro Popular generados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
* En Aguascalientes hay de manera adicional cuatro unidades móviles acreditadas.

Cuadro AT.5.2

Establecimientos de atención médica acreditados y certificados para la prestación de servicios del FPGC, 2006 [1/]

Entidad federativa	Nombre del establecimiento	Intervenciones/dictámenes									
		Leucemia linfoblástica aguda		Cáncer cérvico-uterino		VIH-SIDA		Neonato		Cataratas	
		A	AC[2]	A	AC[2]	A	AC[2]	A	AC[2]	A	AC[2]
Ags	Hospital Centenario "Miguel Hidalgo"	■		■		■		■			
Ags	Hospital de la Mujer							■			
Ags	Hospital General Rincón de Romos							■			
Ags	Hospital General Calvillo								■		
Ags	Hospital General Pabellón de Arteaga								■		
BC	Hospital General de Tijuana	■		■							
BC	Hospital General de Mexicali	■						■			
BCS	Hospital Juan María Salvatierra				■						
BCS	Centro Estatal Oncológico "Dr. Rubén Cardoza Macías"				■						
Camp	Hospital General "Dr. Álvaro Vidal"								■		
Coah	Hospital Universitario "Dr. Gonzalo Valdéz"			■							
Coah	Hospital del Niño "Dr. Federico Gómez"	■						■			
Col	Hospital Regional Universitario	■						■			
Col	Centro Estatal de Cancerología				■						
Chis	Hospital General de Comitán							■		■	
Chis	Hospital General de Tapachula		■	■							
Chih	Hospital Materno Infantil								■		
Chih	Hospital General de Chihuahua				■						
DF	Clínica Especializada Condesa					■					
DF	Hospital de la Luz									■	
DF	Hospital General de Peralvillo							■			
DF	Hospital General "Belisario Domínguez"							■			
Dgo	Centro Estatal de Cancerología	■			■						
Dgo	Hospital General de Durango								■		
Gro	Centro Oftalmológico "Emma Limón de Brown"									■	
Gro	Instituto de Cancerología "Dr. Arturo Beltrán Ortega"	■		■							
Gto	Hospital General de Celaya					■		■			
Gto	Hospital Materno Infantil de León							■			
Gto	Hospital Regional de León	■		■		■		■			
Hgo	Hospital General de Pachuca							■			
Hgo	Hospital del Niño DIF	■						■			
Jal	Hospital Civil "Dr. Juan I. Menchaca"	■									
Jal	Instituto Jalisciense de Cancerología			■							
Méx	Hospital del Niño IMIEM	■						■			
Méx	Hospital General de Tlalnepantla "Ceylán"								■		
Mich	Centro Estatal de Cancerología		■	■							
Mich	Hospital Infantil de Morelia	■							■		
Mich	Hospital General de Michoacán								■		
Mich	Hospital de la Mujer							■			
Mor	Hospital del Niño Morelense	■						■			

continúa/

/continuación

Entidad federativa	Nombre del establecimiento	Intervenciones/dictámenes									
		Leucemia linfoblástica aguda		Cáncer cérvico-uterino		VIH-SIDA		Neonato		Cataratas	
		A	AC[2]	A	AC[2]	A	AC[2]	A	AC[2]	A	AC[2]
Nay	Hospital Civil "Dr. Antonio Glez. Guevara"								■		
Instituto Federal	Instituto Nacional de Cancerología			■							
Instituto Federal	Instituto Nacional de Pediatría	■						■			
Instituto Federal	Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez"	■						■			
Hospital Federal	Hospital Juárez de México			■							■
Hospital Federal	Hospital General de México	■		■				■		■	
Hospital Federal	Hospital "Dr. Manuel Gea González"									■	
NL	Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" UANL	■		■		■		■			
NL	Hospital General Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda"					■		■			
Oax	Centro Oncológico Estatal			■							
Oax	Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso	■							■		
Pue	Hospital del Niño Poblano	■						■			
Pue	Hospital de la Mujer con Centro Oncológico			■							
Qro	Hospital de Especialidades del Niño y de la Mujer "Dr. Felipe Nuñez Lara"	■							■		
Qro	Hospital General de Querétaro			■			■				
SLP	Hospital General de Río Verde								■		
SLP	Hospital General "Dr. Ignacio Morones Prieto"	■		■		■		■			
SLP	Hospital de Cd. Valles								■		
Sin	Centro Oncológico de Culiacán				■						
Sin	Hospital General "Dr. Bernardo J. Gastélum"				■				■		
Sin	Hospital Pediátrico de Sinaloa	■									
Sin	Hospital General de Mazatlán "Dr. Martiniano Carbajal"							■			
Sin	Hospital General de los Mochis								■		
Son	Hospital Infantil de Sonora	■		■		■		■			
Son	Hospital Oncológico de Sonora			■							
Tab	Hospital del Niño Tabasqueño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón"	■									
Tab	Hospital de Alta Especialidad "Dr. Graham Cassasus"			■							

continúa/

/continuación

Entidad federativa	Nombre del establecimiento	Intervenciones/dictámenes									
		Leucemia linfoblástica aguda		Cáncer cérvico-uterino		VIH-SIDA		Neonato		Cataratas	
		A	AC[2]	A	AC[2]	A	AC[2]	A	AC[2]	A	AC[2]
Tamps	Hospital General de Tampico "Dr. Carlos Canseco"	■							■		
Tamps	Hospital Infantil de Tamaulipas	■							■		
Tamps	Centro Oncológico de Cd. Victoria				■						
Tamps	Hospital General de Tamps. "Dr. Norberto Treviño Zapata"				■			■			
Ver	Centro de Especialidades Médicas "Dr. Rafael Lucio"								■		
Ver	Centro Estatal de Oncología	■		■							
Ver	Hospital Regional de Río Blanco	■			■				■		
Ver	Hospital Subregional de Poza Rica	■			■				■		
Ver	Hospital Regional "Valentín Gómez Farías"		■		■			■			
Ver	Hospital Regional de Veracruz	■		■				■			
Yuc	Hospital General "Dr. Agustín Ohorán"	■		■			■		■		
Yuc	Centro Anticanceroso (Cruz Roja)				■						
●	Fundación para la Dignificación de la Mujer				■						
Subtotales/Unidad		31	3	22	14	8	2	29	21	5	1
Subtotales/Intervenciones		34	36	10	50	6	24				

● Asistencia privada evaluado a petición del SPSS.

Evaluados en el 2006.

Nota: A: Acreditado; AC: Acreditación condicionada.

1/ A junio de 2006 existen otros ocho hospitales certificados que no se incluyen en esta lista porque están en proceso de incorporación a la red de prestadores del FPGC.

2/ La unidades con acreditación condicionada cuentan hasta con un año para solventar los aspectos por los que les fue condicionada la acreditación según los Lineamientos Técnicos para Establecimientos Públicos del Seguro Popular generados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Fuente: Información sobre acreditación al mes de junio del 2006, reportada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Información sobre certificación al mes de abril de 2006, reportada por el Consejo de Salubridad General.

AT.6
INDICADORES PROPUESTOS PARA CADA COMPONENTE DE LA EVALUACIÓN EXTERNA

1. Evaluación financiera:
Dentro de los indicadores que se utilizarán en esta evaluación se incluyen los siguientes:

- Distribución absoluta y porcentual de las aportaciones financieras al SPS por aportante.
- Distribución absoluta y porcentual de las aportaciones financieras al SPS por entidad federativa.
- Distribución de los recursos financieros del SPS por rubros de gasto.
- Nivel de cumplimiento de las transferencias de la cuota social trimestral a los estados.
- Razón entre los recursos autorizados y ejercidos por las secretarías de finanzas estatales para el SPS.
- Distribución absoluta y porcentual de los recursos del Fondo de protección contra Gastos Catastróficos por entidad federativa e intervención.
- Incremento en el sexenio 2000-2006 del gasto en salud como porcentaje del PIB.
- Cambio en la distribución porcentual del gasto en salud entre el gasto público y privado.

2. Evaluación de procesos:

a) Afiliación y pago:
- Número de afiliados al SPS por entidad federativa.
- Porcentaje de cumplimiento de las metas de afiliación por entidad federativa.
- Afiliados al SPS como porcentaje de la población estatal sin seguridad social.
- Distribución porcentual de la población afiliada SPS por grupos de ingreso por entidad federativa.
- Tasa de re-afiliación por entidad federativa.
- Principales motivos de no re-afiliación por entidad federativa.

b) Acceso y utilización de servicios:
- Tiempo de traslado a la unidad de salud.
- Porcentaje de pacientes afiliados con expediente clínico, cartilla y examen anual.
- Porcentaje de población afiliada que utilizó los servicios de medicina ambulatoria.
- Principales causas de consulta en servicios ambulatorios.
- Promedio diario de consultas por médico en atención ambulatoria.
- Porcentaje de partos en la población afiliada atendidos institucionalmente.
- Porcentaje de partos atendidos por cesárea.
- Porcentaje de niños menores de cinco años sujetos a vigilancia de nutrición, crecimiento y desarrollo.
- Cobertura de vacunación con esquema completo en niños de 1 año de edad.
- Cobertura de vacunación en mujeres embarazadas.
- Porcentaje de mujeres en edad reproductiva con prueba de detección de cáncer cérvico-uterino.
- Porcentaje de pacientes diabéticos con seguimiento clínico activo.
- Porcentaje de pacientes hipertensos con seguimiento clínico activo.
- Porcentaje de pacientes tuberculosos que completan el tratamiento.
- Porcentaje de población afiliada que utilizó los servicios de atención hospitalaria.
- Principales causas de hospitalización.
- Tiempo promedio de espera para recibir una intervención quirúrgica incluida en el paquete de beneficios del SPS.

c) Calidad de la atención y acreditación:
- Porcentaje de unidades y hospitales que ofrecen servicios a los afiliados al SPS que están acreditadas.
- Porcentaje de especialistas certificados en hospitales que ofrecen servicios a los afiliados al SPS.
- Existencia de protocolos clínicos para las principales causas de atención ambulatoria.
- Existencia de protocolos clínicos para las principales causas de egreso hospitalario.
- Promedio de días estancias por diagnóstico de egreso específico.
- Porcentaje de complicaciones por causas específicas.

d) Abasto de medicamentos y surtimiento de recetas:
- Porcentaje promedio de abasto de medicamentos y otros insumos incluidos en el CAUSES en unidades de atención ambulatoria.
- Porcentaje promedio de abasto de medicamentos y otros insumos incluidos en el CAUSES en unidades hospitalarias.
- Número promedio de medicamentos por receta en atención ambulatoria.
- Número promedio de medicamentos de administración parenteral por receta en atención ambulatoria.
- Porcentaje de recetas prescritas en atención ambulatoria que incluyen antibióticos.

e) Satisfacción y trato:
- Porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios recibidos.
- Porcentaje de usuarios que recomendarían la afiliación al SPS.
- Porcentaje de usuarios satisfechos con los tiempos de espera en urgencias y atención ambulatoria.
- Porcentaje de usuarios satisfechos con las condiciones de las comodidades básicas.
- Porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida.
- Porcentaje de usuarios satisfechos con su participación en la toma de decisiones relacionadas con su salud.
- Porcentaje de usuarios satisfechos con el acceso a redes sociales de apoyo en hospitalización.

3. Evaluación de efectos:

a) Cobertura efectiva:
- Cobertura efectiva de la atención prenatal.
- Cobertura efectiva del parto.
- Cobertura efectiva de la diarrea.
- Cobertura efectiva de las infecciones respiratorias agudas.
- Cobertura efectiva de la hipertensión arterial.
- Cobertura efectiva de la diabetes.

b) Condiciones de salud:
- Esperanza de vida saludable.
- Mortalidad general por sexo y edad.
- Número de muertes maternas.
- Mortalidad por cáncer cérvico-uterino.
- Mortalidad por cáncer de mama.
- Edad media de muerte de los pacientes diabéticos.
- Edad media de muerte de los pacientes hipertensos.
- Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares.

c) Trato adecuado:
- Porcentaje de usuarios que califican la limpieza de las instituciones como buena.
- Porcentaje de usuarios que reciben información adecuada sobre su padecimiento.
- Porcentaje de usuarios que reciben información adecuada sobre su tratamiento.
- Porcentaje de usuarios que opinan que reciben un trato digno.
- Porcentaje de usuarios que perciben como adecuada la confidencialidad en el manejo de la información.
- Porcentaje de usuarios con acceso a redes sociales de apoyo durante su hospitalización.

d) Protección financiera:
- Porcentaje de familias que renunciaron o postergaron la atención de su salud por falta de recursos financieros.
- Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud.
- Gasto de bolsillo por grandes rubros de gasto (atención ambulatoria, hospitalaria y medicamentos) como porcentaje del gasto total de bolsillo.
- Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del ingreso disponible.
- Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud.
- Porcentaje de familias que vendieron activos familiares para pagar la atención de su salud.
- Porcentaje de familias que se endeudaron para poder pagar la atención de su salud.

Anexos Legales

AL.1

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS DE LA REFORMA A LA LEY GENERAL DE SALUD ENVIADA AL CONGRESO DE LA UNIÓN POR EL PODER EJECUTIVO FEDERAL EL 12 DE NOVIEMBRE DE 2002

CC. Secretarios de la Cámara del H. Congreso de la Unión

Presentes

México atraviesa por diversas transiciones. Tenemos una transición demográfica que supone un creciente peso relativo de los adultos mayores en nuestra estructura poblacional y un acelerado proceso de urbanización. Estamos también en presencia de una transición epidemiológica caracterizada por la sustitución de las enfermedades transmisibles por padecimientos no transmisibles, como principales causas de muerte y discapacidad. En lo social destaca el incremento de los años de escolaridad y, muy ligado a este cambio educativo, la creciente participación de la mujer en la fuerza de trabajo. Se hace énfasis asimismo en la transición económica y, desde luego, en la transición política, cuyo signo es sin duda el acceso a un sistema sustentado en el ejercicio pleno de la democracia. Esta democracia garantiza ya los derechos políticos y civiles, pero debe extenderse el ejercicio efectivo de los derechos sociales.

Los cambios señalados se traducen en importantes presiones sobre el Sistema Nacional de Salud. Las transiciones epidemiológica y demográfica generan una mayor demanda de servicios más complejos y costosos en relación a aquellos asociados a las infecciones comunes y los problemas reproductivos. El mayor nivel educativo de la población se acompaña de una capacidad más organizada para interactuar con los prestadores de servicios. La creciente participación de la mujer en el mercado de trabajo obliga a las instituciones de salud y bienestar social a incrementar sus apoyos a las unidades familiares. Finalmente, la sociedad mexicana cada vez más participativa y crítica, demanda más y mejor información, más opciones de atención a la salud y servicios de mayor calidad.

En esta medida, los principales retos del Sistema de Salud son la calidad, la equidad y la protección financiera. Las dos últimas guardan una especial trascendencia, ya que definen la necesidad del cambio en la concepción del derecho de protección a la salud para combatir las desigualdades sociales y regionales.

Para mejorar la salud de la población es necesario por ende, democratizar la atención a la salud; en otras palabras, crear condiciones de acceso, calidad y financiamiento de los servicios, independientemente del lugar de residencia de la población y de su capacidad económica.

Sin embargo, actualmente existen dos problemas principales que obstaculizan la democratización de la atención a la salud: la existencia de desequilibrios financieros y el ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud.

Las transiciones epidemiológica y demográfica por las que atraviesa el país y el carácter segmentado de nuestro sistema de salud han dado lugar a cinco grandes desequilibrios en materia financiera que se describen a continuación:

En el nivel o monto de los recursos destinados a la salud. La inversión en salud no es suficiente para atender los retos que se plantea el Sistema Nacional de Salud. México destina 5.7% del PIB al sector salud. En contraste, hay países como Estados Unidos y Alemania que dedican 13.7 y 10.5% de su riqueza, respectivamente, a atender sus necesidades de salud. En la región latinoamericana, Costa Rica, Colombia y Uruguay dedican 8.7, 9.3 y 10% del PIB a la salud, respectivamente. El promedio latinoamericano es de 6.1%.

En el origen de los fondos. Actualmente la mayor parte del financiamiento proviene de los bolsillos de las familias, quienes pagan por los servicios de salud que requieren en el momento mismo de recibir la atención. En México el 50% de las erogaciones en salud es gasto de bolsillo. En Colombia y Costa Rica este porcentaje asciende a 26 y 22% respectivamente, en tanto que en el Reino Unido apenas alcanza el 3%.

El gasto de bolsillo es la forma más inicua e ineficiente de financiar la atención de la salud, ya que rompe con la solidaridad financiera -que permite que las personas enfermas y las de escasos ingresos se beneficien de las contribuciones de las personas sanas y de mayores recursos- y con un principio básico de justicia financiera en salud, que indica que los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir en función de sus necesidades de salud.

El pago de bolsillo no permite la agregación de riesgos y es regresivo; además expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de anticipar por la incertidumbre involucrada en los fenómenos de enfermedad y en los accidentes. Se calcula que anualmente de dos a tres millones de familias mexicanas incurren en gastos catastróficos por motivos de salud que con frecuencia provocan su empobrecimiento. Este fenómeno es más común en las familias pobres y en los hogares que no cuentan con un seguro de salud.

La falta de un mecanismo de aseguramiento en salud también desincentiva la atención preventiva porque los pacientes suelen posponer la atención médica hasta que la enfermedad se agrava, en muchos casos de manera irremediable.

Finalmente, cuando una persona se enferma suele ser un muy mal usuario de los servicios de salud. Una emergencia no es el mejor momento para hacer juicios sobre su calidad y costo.

En la distribución de los recursos públicos. Los recursos públicos tienden a concentrarse en las instituciones que atienden a los trabajadores de la economía formal. Los gobiernos estatales y el gobierno federal asignan 1.8 veces más recursos per cápita a la población derechohabiente de seguridad social que a la población no asegurada.

A esta injusta distribución se suma una condición aún más severa. Al comparar la asignación per cápita de recursos federales entre entidades federativas, se observa una diferencia de nueve a uno

entre el estado con mayor asignación y el que menos recursos recibe para población no asegurada. Además, esta distribución de recursos entre estados no guarda relación con las necesidades de salud. De hecho, las entidades federativas que mayores necesidades tienen son las que, en general, reciben menos recursos del gobierno federal.

En la asignación del presupuesto estatal. La descentralización de los servicios de salud para población no asegurada culminó en 1999. Sin embargo, este proceso no se concretó con las reglas necesarias para su adecuada operación. Esto se refleja en los contrastes en el esfuerzo estatal en materia de salud. En México, algunos gobiernos locales asignan a los servicios estatales de salud 535 veces más recursos que otras entidades federativas.

En el destino del gasto. El sector salud a nivel nacional dedica cada vez más recursos al pago de nómina en detrimento al gasto de inversión.

La necesidad de resolver estos desequilibrios se recoge en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, el cual reconoce que "las desigualdades en la distribución de los recursos para la salud entre instituciones, grupos de población, niveles de atención y estados exigen la revisión de los criterios y mecanismos para distribuir los recursos públicos, así como del análisis de alternativas de presupuestación que garanticen una mejor correspondencia entre recursos y necesidades de salud. Las reglas claras dan, además, mayor certidumbre a quienes manejan los recursos y prestan los servicios en los niveles regional, estatal y municipal, y facilitan las actividades de planeación y evaluación del gasto."

En lo referente al ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud, éste se deriva de la pluralidad institucional que caracteriza hoy en día a nuestro sistema de salud.

En México se ha otorgado una mayor protección en materia de salud a la población, fundamentalmente urbana y vinculada al sector formal de la economía. Esto se encuentra plasmado en la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social y en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, donde se consagran los derechos de los afiliados de ambos institutos. En contraste, la población no asegurada, cuenta con un derecho a la protección a la salud que no ha sido claramente llevado a la práctica, ya que existe una gran diferencia entre los beneficios que gozan los afiliados a los institutos de seguridad social respecto de los no asegurados.

En 1943 nació nuestro actual sistema de salud. El primero de enero de ese año se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que habría de ofrecer servicios de pensiones y de salud a los trabajadores de la economía formal. Meses más tarde, el 15 de octubre de 1943, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), que en el nombre tenía implícita una concepción asistencialista, y que habría de atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos.

Nuestro sistema de salud nació dividido. Separó la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos –a los que llamó "derechohabientes"– y aquellos que eran sujetos de la acción asistencial del Estado, que eventualmente se denominaron población abierta.

Posteriormente, y bajo esta misma división de origen, se crearon otras instituciones de seguridad social en paralelo. Entre ellas, cabe mencionar la creación en 1959 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que ofrece cobertura en salud para los trabajadores al servicio del Estado.

Este modelo ya no responde a la realidad de nuestro país. En la actualidad el mayor reto del sector salud es romper las barreras institucionales y construir un auténtico sistema universal de protección social, que comprenda no sólo la seguridad social formal, sino también nuevos mecanismos de acceso efectivo a los derechos sociales para quienes no participan en el sector formal de la economía.

Para enfrentar este reto se hizo necesario diseñar un esquema integrado y equitativo de financiamiento con tres seguros públicos, cada uno con naturaleza tripartita. Asimismo, el complejo escenario que existe debido a las grandes desigualdades y desequilibrios exige una reforma financiera que defina bases más equitativas para la aportación de recursos para la salud y la reorganización de los recursos destinados a la salud bajo una lógica acorde con las diferentes funciones que realiza el sistema: rectoría, generación de recursos para la salud, tales como investigación, desarrollo tecnológico y formación de recursos humanos, prestación de servicios de salud a la comunidad y prestación de servicios de salud a la persona.

Por lo anterior, esta iniciativa tiene como objetivo corregir los desequilibrios financieros antes descritos; definir la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y con la ciudadanía; y dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales, incluido el derecho a la protección de la salud.

El punto medular de la propuesta es lograr que la gran innovación del sistema de salud en México, que tuvo lugar en 1943, es decir, el aseguramiento en materia de salud, se extienda a todos los mexicanos a través de la constitución de un nuevo sistema integrado por tres seguros públicos de salud: un seguro para los asalariados del sector privado formal de la economía, un seguro para los trabajadores al servicio del Estado y otro para los autoempleadores y los desempleados sin acceso a la seguridad social operado por el Sistema de Seguro de Protección Social en Salud.

En este orden de ideas, la presente iniciativa busca garantizar el derecho constitucional de la protección de la salud por medio del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud, el cual servirá de instrumento para financiar la atención de la población que carece de una relación laboral con un patrón y, por tanto, hasta hoy excluida de las instituciones de seguridad social. Con este tercer seguro público, como nuevo componente financiero del Sistema Nacional de Salud, se alcanza el ideal de la universalidad de la seguridad social en materia de salud.

Mediante la creación del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud, las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social tendrán acceso a las acciones de protección social en salud, que como materia de salubridad general se incorporan al texto de la ley. Ello da la oportunidad de que las familias interesadas, se incorporen a un Sistema de Seguro de Protección en Salud operado de manera estatal, bajo la coordinación de la Federación.

Así, el cambio más profundo de esta reforma se presentará en la llamada población abierta, ya que con esta iniciativa se pretende delimitar a esta población no asegurada mediante su afiliación y pertenencia explícita a un esquema de aseguramiento en salud, logrando así que todos los mexicanos cuenten con un seguro médico público mediante una afiliación que hace explícitos los derechos y mecanismos de financiamiento correspondientes.

Bajo un sistema similar al de un "seguro" en tanto el pago de cuotas de recuperación en el momento de la atención será sustituido por una aportación familiar anual y anticipada conforme a condición socioeconómica, y cuya principal fuente de financiamiento serán recursos públicos tanto federales como estatales, se protegerá a las familias con un catálogo de servicios esenciales de salud que incluirá sin costo adicional los medicamentos asociados a los tratamientos.

El catálogo de servicios esenciales será definido por el Consejo de Salubridad General, órgano constitucional de la más alta autoridad en materia de salud. Mediante dicho catálogo, además de proteger a la población contra gastos catastróficos se harán explícitos los derechos y las obligaciones de los beneficiarios.

Los servicios esenciales de salud prevén la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Estos mismos criterios serán aplicados también a la definición de los medicamentos asociados a los tratamientos contenidos en el catálogo de servicios esenciales.

Con lo anterior se pretende vincular directamente las aportaciones provenientes de impuestos generales que el Estado otorga para la protección de la salud, con las necesidades de cada ciudadano o familia mexicana que se han de reflejar en la demanda por servicios de salud. Ello sin importar en el mediano plazo, la institución o dependencia, pública, social o privada, que preste el servicio. De esta manera se vincularán los recursos con la demanda y no con la oferta de servicios. Así, se sentarán las bases para una mayor colaboración en el ámbito de la prestación de servicios de salud a la persona entre los tres seguros públicos de salud y por ende, hacia la reducción de las barreras institucionales y la construcción de un auténtico sistema universal de protección social.

Asimismo, la propuesta plantea dentro de la constitución del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud la necesidad de incrementar la calidad de los servicios médicos. Para dicho efecto, existirá una incorporación progresiva de unidades de atención médica al Sistema, conforme se acrediten ante los servicios estatales de salud, ante la Secretaría de Salud de la Federación y ante el Consejo de Salubridad General la calidad de sus servicios, de acuerdo a los mecanismos establecidos en otras acciones de la Secretaría de Salud.

Se incorpora también un modelo básico de atención, que busca privilegiar el ejercicio de acciones preventivas y el involucramiento de los beneficiarios en la atención de su salud.

La unidad de protección partirá del concepto de familia nuclear que se propone incluir en la ley, el cual es de naturaleza incluyente y no busca en ningún momento excluir grupo de población alguno que actualmente no cuente con acceso a la seguridad social. El acceso al Sistema de Seguro de Protección Social en Salud se extiende a todos los residentes en territorio nacional que soliciten su incorporación. Es importante destacar que la condición socioeconómica no será limitante para el acceso al mismo. Esta medida permitirá a México contar con un sistema integral de protección, donde el ciudadano, y sus familiares, independientemente de su condición laboral, estarían asegurados por alguno de los esquemas de aseguramiento público en salud.

El tema del financiamiento se aborda desde una perspectiva federal, ya que solo así puede garantizarse una contribución proporcional a la capacidad de pago y una redistribución proporcional a las necesidades de salud. Adicionalmente se considera el financiamiento de los servicios otorgados por los organismos descentralizados, cuyo ámbito de acción es estatal. La consolidación de la descentralización de los servicios de salud busca reforzar y extender la distribución de facultades y recursos en el nivel estatal.

En términos generales, el planteamiento financiero parte de la premisa de reorganizar y redistribuir los recursos ejercidos actualmente a través de diversos ramos del gasto público federal en salud para población no asegurada, bajo una nueva lógica que canalice específicamente los recursos destinados a la prestación de servicios de salud preventivos y de atención médica hacia el Sistema de Seguro de Protección Social en Salud.

A fin de promover una mayor equidad en el financiamiento entre los tres seguros públicos de salud, se propone que el Sistema de Seguro de Protección Social en Salud también sea financiado de forma tripartita de la siguiente manera:

Como primer aportante, el Gobierno Federal contribuirá anualmente con una "Cuota social" por cada familia beneficiaria del Sistema, equivalente a la cuota que aporta el Gobierno Federal para cada individuo afiliado al Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS, la cual se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor, tal como ocurre en el caso de la aportación federal para el IMSS. Esta iniciativa atiende a la justicia distributiva, al asegurar para cada familia beneficiaria del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud una aportación mínima para el sostenimiento de su salud. Con esta cuota se tiende al reconocimiento social de la Federación frente a la garantía individual de la protección de la salud.

El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de las entidades federativas los recursos que, por concepto de Cuota social le correspondan con base en los padrones de familias beneficiarias del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud.

Como segundo aportante se prevé la concurrencia de recursos de las entidades federativas y el Gobierno Federal en una "aportación solidaria" que propone i) una aportación estatal mínima, ii) la aportación federal a partir de la distribución de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona conforme a una fórmula que tomará en cuenta las necesidades de salud, el gasto estatal y el desempeño de los Regímenes Estatales del Seguro de Protección en Salud, y iii) un valor mínimo para el monto de la aportación solidaria.

Entre las fuentes de financiamiento para la aportación solidaria se tomará en cuenta gradualmente y por entidad federativa la porción de recursos federales del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), que actualmente se destinan al financiamiento de los servicios de salud a la persona.

El tercer aportante son las propias familias beneficiarias a través del pago de cuotas familiares que serán anticipadas, anuales, de carácter progresivo, y que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia. Se plantea que estas aportaciones se recauden directamente por los gobiernos estatales y se apliquen como destino específico al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos.

Las cuotas familiares serán determinadas por medio de un instrumento estandarizado, el cual tendrá como finalidad la obtención y

medición de las características socioeconómicas de los interesados. Cabe reiterar que la propuesta prevé que el ingreso familiar no será una limitante para el acceso al Sistema.

Mediante este esquema de financiamiento se reducirán los gastos de bolsillo en los que actualmente incurren las familias, en ocasiones de manera catastrófica para su situación económica.

En nuestro país, las personas no aseguradas por las instituciones de seguridad social tienen que cubrir cuotas de recuperación por cada solicitud de servicio para cada uno de los miembros de su familia que requieran atención médica. Si bien dichas cuotas se establecen de acuerdo a la condición socioeconómica de las personas, finalmente esto se traduce en gastos de bolsillo imprevistos ya que el principal sostén de la familia tiene que afrontar de todas maneras los gastos correspondientes a los tratamientos según el tabulador de cuota que se les asigne, además de cubrir también de su bolsillo los medicamentos necesarios que tienen que adquirirse directamente en farmacias particulares.

Como se puede apreciar, no pudiendo preverse el momento en que enfermaremos, el costo de la atención médica puede convertirse no sólo en una carga para la economía familiar, sino en una limitación para el acceso oportuno a los servicios.

Con la incorporación al Sistema de Seguro de Protección en Salud se podrán obtener para toda la familia los servicios de salud incluidos en el catálogo de servicios esenciales de salud sin tener que cubrir otros pagos por evento y además, recibirán sin costo adicional, los medicamentos prescritos acorde con los tratamientos. De esta manera, se favorece también el consumo de servicios preventivos de salud, lo que fomentará en las familias el cuidado de su salud y no posponer su atención por cuestiones económicas.

Se plantea especificar, mediante reglamentación, algunas de las facultades genéricas con que cuenta el Consejo de Salubridad General, acorde con la alta investidura que como autoridad sanitaria de la República le otorga la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo que es consistente con las acciones planteadas en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Cabe reiterar que bajo la propuesta, la mayor parte del financiamiento del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud recaerá en el gobierno federal y los gobiernos estatales. Asimismo la propuesta plantea mecanismos en el nivel operativo que garanticen que el nivel de ingreso no constituya una barrera para el acceso al esquema de aseguramiento.

Con el objetivo de cubrir al Sistema ante el riesgo de incurrir en gastos catastróficos vinculados a tratamientos y medicamentos que impliquen un alto costo, se plantea la constitución de un fondo sufragado con aportaciones federales, estatales y eventualmente de la sociedad en general que permitirá diversificar riesgos a nivel nacional y mantener sano el esquema financiero del Sistema frente a estas eventualidades. Se plantea que el Consejo de Salubridad General defina qué tratamientos serán cubiertos por este fondo, mientras que su forma de operación será establecida en el reglamento correspondiente.

Asimismo, se propone establecer para algunas intervenciones y medicamentos un esquema de cuota reguladora, de administración estatal, que tendrá como finalidad garantizar el uso responsable de los servicios de los servicios de salud y no la de recaudación, por lo que no podrá ser utilizado como fuente adicional de ingreso para la operación del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud.

Para el control del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud, se crea un Consejo Nacional, como órgano consultivo, integrado por dependencias y entidades de la administración pública federal y de los servicios estatales de salud, con intervención regional y rotatoria.

Esta iniciativa va acompañada, de manera paralela, de la creación de una estructura administrativa federal, dependiente de la Secretaría de Salud, que ejercerá las funciones correspondientes y coordinará las acciones a nivel nacional del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud, propuesta que no implicará el crecimiento en estructuras ni mayores costos asociados con servicios personales.

Considerando el esquema normativo y la forma tripartita de su financiamiento, se incluyen en el Título especial que se añadirá a la Ley General de Salud obligaciones específicas para la Federación y las entidades federativas para proveer la información indispensable a fin de que la ciudadanía participe en la evaluación del sistema.

Igualmente, se plantea incorporar en la ley los derechos y obligaciones a cargo de los beneficiarios del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud, como una acción decidida para dar contenido a la garantía social constitucionalmente reconocida.

Finalmente, en lo que respecta al ámbito de la prestación de servicios de salud a la comunidad, se propone canalizar a las entidades los recursos correspondientes a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad. Entre las fuentes de financiamiento para este fondo se tomará en cuenta la porción de recursos federales del FASSA que se destinan actualmente al financiamiento de los servicios de salud a la comunidad.

Los servicios estatales de salud son responsables de prestar los servicios de salud a la comunidad en adición a su papel en la prestación de servicios de salud a la persona. Entre este tipo de servicios se encuentran las acciones y programas dirigidos a la colectividad y de extensión comunitaria, los servicios ambientales, el ejercicio y vigilancia de la regulación sanitaria a través del control sanitario de bienes y servicios, la regulación de la atención a la salud, y las actividades vinculadas con la vigilancia epidemiológica.

Estos servicios se caracterizan por estar dirigidos a la población total de la entidad, independientemente de su condición de aseguramiento en salud. Asimismo, en este rubro se incluyen las actividades vinculadas con el ejercicio de la función de rectoría del sistema de salud estatal, entendiendo por ello las actividades vinculadas con la definición de políticas, la generación de información, la evaluación, y la definición de marcos normativos y regulatorios de ámbito local.

De esta manera, las entidades recibirán los recursos correspondientes a la prestación de servicios de salud a la persona y a la prestación de servicios de salud a la comunidad, de manera independiente y bajo una lógica de asignación de recursos que toma en cuenta la diferente naturaleza de cada uno de estos servicios, así como la diversidad de funciones y responsabilidades a cargo de las entidades conforme a lo establecido en el artículo 13 de la Ley General de Salud.

Lo anterior, permitirá garantizar la disponibilidad de recursos para cada tipo de actividad. Además, promoverá la separación de funciones al interior de los servicios estatales de salud. Así, las actividades

des propias de la función rectora al interior de la entidad y aquellas vinculadas con la prestación de servicios de salud a la comunidad y a la población en general, serán financiadas bajo una lógica acorde con la naturaleza de estos servicios.

En suma, los principales beneficios de la propuesta se traducen en:

Mayor equidad en el financiamiento en salud para la población actualmente no asegurada, a través del establecimiento de la Cuota social a cargo del gobierno federal y de las aportaciones solidarias en donde concurren recursos federales y estatales. Al considerar las necesidades de salud de la población, el gasto estatal en salud y el desempeño de las entidades federativas en la determinación de la aportación solidaria, se promoverá no sólo una mayor equidad en el financiamiento de la salud, sino también incentivos para equilibrar la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y promover una mayor eficiencia en la utilización de los recursos.

Brindar protección financiera y reducir los gastos catastróficos de los hogares, mediante el pago anticipado de la Cuota familiar en sustitución del gasto de bolsillo por concepto de cuotas de recuperación y compra de medicamentos ante la ocurrencia de la enfermedad. Con ello se evitará el empobrecimiento de los hogares a causa de gastos catastróficos en salud. Además, se evitará que la gente deje de atender su salud por no tener dinero para pagar el servicio en el momento de demandarlo.

Promover un enfoque más preventivo de la salud ya que el Sistema contará con los incentivos adecuados para promover el autocuidado de la salud así como la práctica de la medicina preventiva a través de la incorporación de un esquema de prepago por familia, así como de la cuota social y la aportación solidaria.

En resumen, el Sistema de Seguro de Protección Social en Salud posibilitará que familias con capacidad limitada de pago, no derechohabientes, puedan incorporarse a un sistema de aseguramiento que incluye el catálogo de intervenciones y los medicamentos asociados a dicho catálogo.

Se visualiza que al evitar los gastos catastróficos en salud y al reducir los gastos de bolsillo, las familias beneficiarias del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud podrán destinar los recursos anteriormente utilizados para solventar gastos imprevistos en salud hacia otras actividades que pueden incrementar su nivel de vida. En ese sentido, la iniciativa propuesta es congruente con la política social en tanto busca generar condiciones necesarias para que la población en mayores desventajas pueda mejorar su condición socio-económica, sus posibilidades de desarrollo y mejora de calidad de vida.

Por las consideraciones antes expuestas, y con fundamento en el artículo 71, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por el digno conducto de Ustedes CC. Secretarios, me permito someter a la elevada consideración del Honorable Congreso de la Unión, la siguiente Iniciativa de:

AL.2
DECRETO DE REFORMA A LA LEY GENERAL DE SALUD DEL 15 DE MAYO DE 2003

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes sabed:
Que el Honorable Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente
DECRETO
«EL CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, DECRETA:
SE REFORMA Y ADICIONA LA LEY GENERAL DE SALUD
"ARTÍCULO ÚNICO.- SE ADICIONA EL ARTÍCULO 3o. CON UNA FRACCIÓN II BIS, EL ARTÍCULO 13, APARTADO A) CON UNA FRACCIÓN VII BIS Y EL TÍTULO TERCERO BIS A LA LEY GENERAL DE SALUD CON LOS ARTÍCULOS 77 BIS 1 AL 77 BIS 41; Y SE REFORMA LA FRACCIÓN I DEL APARTADO B) DEL ARTÍCULO 13, LA FRACCIÓN IX DEL ARTÍCULO 17, EL ARTÍCULO 28 Y EL ARTÍCULO 35, DE LA CITADA LEY, EN LOS TÉRMINOS SIGUIENTES.
Artículo 3o. ...
I. y **II. ...**
II bis. La Protección Social en Salud;
III. a **XXVIII. ...**
Artículo 13. ...
A) ...
I. a **VII. ...**
VII bis. Regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud;
VIII. a **X. ...**
B) ...
I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, II bis, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX y XX del artículo 3o. de esta Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;
II. a **VII. ...**
Artículo17. ...
I. a **VIII. ...**
IX. Las demás que le correspondan conforme a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y esta Ley.

Artículo28. Para los efectos del artículo anterior, habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y en los que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Para esos efectos, participarán en su elaboración: La Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal.
Artículo 35. Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios a que se refiere el párrafo anterior en los términos de los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables.

TÍTULO TERCERO BIS
De la Protección Social en Salud

Capítulo I
Disposiciones Generales

Artículo 77 BIS 1. Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos de este Título.

Artículo 77 BIS 2. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por Sistema de Protección Social en Salud a las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

La Secretaría de Salud coordinará las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en este Título.

Para efectos de este Título se entenderá por Regímenes Estatales, a las acciones de protección social en salud de los Estados de la República y del Distrito Federal.

Artículo 77 BIS 3. Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este Título.

Artículo 77 BIS 4. La unidad de protección será el núcleo familiar, la cual para efectos de esta Ley se puede integrar de cualquiera de las siguientes maneras:

I. Por los cónyuges;
II. Por la concubina y el concubinario;
III. Por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y
IV. Por otros supuestos de titulares y sus beneficiarios que el Consejo de Salubridad General determine con base en el grado de dependencia y convivencia que justifiquen su asimilación transitoria o permanente a un núcleo familiar.

Se considerarán integrantes del núcleo familiar a los hijos y adoptados menores de dieciocho años; a los menores de dicha edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad con las personas señaladas en las fracciones I a III que anteceden; y a los ascendientes directos en línea recta de éstos, mayores de sesenta y cuatro años, que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos, además de los hijos que tengan hasta veinticinco años, solteros, que prueben ser estudiantes, o bien, discapacitados dependientes.

A las personas de dieciocho años o más se les aplicarán los mismos criterios y políticas que al núcleo familiar.

El núcleo familiar será representado para los efectos de este Título por cualquiera de las personas enunciadas en las fracciones I a III de este artículo.

Artículo 77 BIS 5. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en la ejecución de las acciones de protección social en salud quedará distribuida conforme a lo siguiente:

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

I. Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, para lo cual formulará el plan estratégico de desarrollo del Sistema y aplicará, en su caso, las medidas correctivas que sean necesarias, tomando en consideración la opinión de los estados y el Distrito Federal, a través del Consejo a que se refiere el artículo 77 Bis 33 de esta Ley;
II. Proveer servicios de salud de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para el efecto;
III. En su función rectora constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios a que se refiere el artículo 77 Bis 18 y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el artículo 77 Bis 29;
IV. Transferir con puntualidad a los estados y al Distrito Federal las aportaciones que le correspondan para instrumentar los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, en los términos del Capítulo III de este Título;
V. Elaborar el modelo y promover la formalización de los acuerdos de coordinación a que se refiere el artículo 77 Bis 6 de esta Ley;
VI. Establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, las cuales tendrán un incremento máximo anualizado de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor;
VII. Diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizarán en la operación del Sistema;
VIII. Definir el marco organizacional del Sistema de Protección Social de Salud en los ámbitos federal, estatal, del Distrito Federal y en su caso, municipal;
IX. Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago de los beneficiarios para efectos del esquema de cuotas familiares a que se refiere el artículo 77 Bis 21, en los estados y el Distrito Federal;
X. Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y validar su correcta integración;
XI. Solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica;
XII. Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban los estados y el Distrito Federal entre sí y con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios;
XIII. A los efectos de intercambiar información y comprobar la situación de aseguramiento, suscribir los convenios oportunos con las entidades públicas de seguridad social;
XIV. Tutelar los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud;
XV. Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud;
XVI. Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, el Distrito Federal, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud, y
XVII. Evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento.

B) Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales:

I. Proveer los servicios de salud en los términos de este Título, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad;
II. Identificar e incorporar beneficiarios al Régimen Estatal de Protección Social en Salud, para lo cual ejercerá actividades de difusión y promoción, así como las correspondientes al proceso de incorporación, incluyendo la integración, administración y actualización del padrón de beneficiarios en su entidad, conforme a los lineamientos establecidos para tal efecto por la Secretaría de Salud;
III. Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias, para la ejecución de las acciones de protección social en salud, en función de los acuerdos de coordinación que para el efecto se celebren;
IV. Programar, de los recursos a que se refiere el Capítulo III de este Título, aquellos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa, en congruencia con el plan maestro que se elabore a nivel nacional por la Secretaría de Salud;
V. Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso

de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados, se impongan de manera adicional en los términos de este Título, de conformidad con el artículo 77 Bis 23 de esta Ley;

VI. Realizar el seguimiento operativo de las acciones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en su entidad y la evaluación de su impacto, proveyendo a la Federación la información que para el efecto le solicite;

VII. Adoptar esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen la administración de servicios y registros clínicos, alienten la certificación de su personal y promuevan la certificación de establecimientos de atención médica; para tal efecto podrán celebrar convenios entre sí y con instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios, en términos de las disposiciones y lineamientos aplicables;

VIII. Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto, y

IX. Promover la participación de los municipios en los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y sus aportaciones económicas mediante la suscripción de convenios, de conformidad con la legislación estatal aplicable.

Artículo 77 BIS 6. El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y los gobiernos de los estados y el Distrito Federal celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Para esos efectos, la Secretaría de Salud establecerá el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, en los cuales se determinarán, entre otros, los conceptos de gasto, el destino de los recursos, los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del Sistema.

Capítulo II
De los Beneficios de la Protección Social en Salud

Artículo 77 BIS 7. Gozarán de los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud las familias cuyos miembros en lo individual satisfagan los siguientes requisitos:

I. Ser residentes en el territorio nacional;

II. No ser derechohabientes de la seguridad social;

III. Contar con Clave Única de Registro de Población;

IV. Cubrir las cuotas familiares correspondientes, en los términos establecidos por el artículo 77 Bis 21 de esta Ley, y

V. Cumplir con las obligaciones establecidas en este Título.

Artículo 77 BIS 8. Se considerarán como beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a las personas a que se refieren los artículos 77 Bis 3 y 77 Bis 4 de esta Ley que satisfagan los requisitos del artículo anterior, previa solicitud de incorporación.

Artículo 77 BIS 9. Para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Dichos requerimientos garantizarán que los prestadores de servicios cumplan con las obligaciones impuestas en este Título.

La Secretaría de Salud, los estados y el Distrito Federal, promoverán las acciones necesarias para que las unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud provean como mínimo los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, de acuerdo al nivel de atención, y acrediten previamente su calidad.

La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes:

I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud;

II. Aplicación de exámenes preventivos;

III. Programación de citas para consultas;

IV. Atención personalizada;

V. Integración de expedientes clínicos;

VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia;

VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos, y

VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.

Artículo 77 BIS 10. Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud proveerán de manera integral los servicios de salud y los medicamentos asociados, sin exigir cuotas distintas a las establecidas en el Capítulo V de este Título, siempre que los beneficiarios cumplan con sus obligaciones.

Con la finalidad de fortalecer el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en salud, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a partir de las transferencias que reciban en los términos de este Título, deberán destinar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica, de conformidad con el plan maestro que para el efecto elabore la Secretaría de Salud.

Capítulo III
De las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud

Artículo 77 BIS 11. El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios en los términos de este Capítulo y el Capítulo V.

Artículo 77 BIS 12. El Gobierno Federal cubrirá anualmente una Cuota social por cada familia beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud equivalente a quince por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Esta aportación se hará efectiva a los estados y al Distrito Federal que cumplan con el artículo siguiente.

Artículo 77 BIS 13. Para sustentar el Sistema de Protección Social en Salud, el Gobierno Federal y los gobiernos de los estados y del Distrito Federal efectuarán aportaciones solidarias por familia beneficiaria conforme a los siguientes criterios:

I. La aportación estatal mínima por familia será equivalente a la mitad de la Cuota social a que se refiere el artículo anterior, y

II. La aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha aportación deberá representar al menos una y media veces el monto de la Cuota social que se fija en el artículo anterior.

La fórmula a que hace referencia la fracción II de este artículo incorporará criterios compensatorios con base en el perfil de las necesidades de salud, la aportación económica estatal y el desempeño de los servicios estatales de salud.

La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas para establecer cada uno de los criterios compensatorios y determinará el peso que tendrá cada uno de ellos en la asignación por fórmula. Asimismo, proporcionará la información de las variables utilizadas para el cálculo.

Los términos bajo los cuales se hará efectiva la concurrencia del Gobierno Federal y estatal para cubrir la aportación solidaria se establecerán en los acuerdos de coordinación a que hace referencia el artículo 77 Bis 6 de la Ley.

Artículo 77 BIS 14. Cualquier aportación adicional a la establecida en el artículo anterior de los gobiernos de los estados y el Distrito Federal para las acciones de protección social en salud, tendrán que canalizarse directamente a través de las estructuras de los servicios estatales de salud.

Artículo 77 BIS 15. El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal los recursos que por concepto de Cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en los padrones de familias incorporadas, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, validados por la Secretaría de Salud.

Artículo77 BIS 16. Los recursos de carácter federal a que se refiere el presente Título, que se transfieran a los estados y al Distrito Federal no serán embargables, ni los gobiernos de los estados podrán, bajo ninguna circunstancia, gravarlos, afectarlos en garantía, ni destinarlos a fines distintos a los expresamente previstos en el mismo.

Dichos recursos se administrarán y ejercerán por los gobiernos de los estados y el Distrito Federal conforme a sus propias leyes y con base en los acuerdos de coordinación que se celebren para el efecto. Los gobiernos de los estados deberán registrar estos recursos como ingresos propios destinados específicamente a los fines establecidos en el presente Título.

El control y supervisión del manejo de los recursos a que se refiere este Capítulo se realizará conforme a los términos establecidos en el Capítulo VII de este Título.

Artículo 77 BIS 17. De la Cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el Capítulo VI de este Título.

Artículo 77 BIS 18. De la Cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios.

Con cargo a esta previsión presupuestal, que será administrada por la Secretaría de Salud, se realizarán transferencias a los estados conforme a las reglas que fije el Ejecutivo Federal mediante disposiciones reglamentarias.

En caso de que existan remanentes de esta previsión presupuestal al concluir el ejercicio fiscal correspondiente, la Secretaría de Salud canalizará dichos remanentes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el Capítulo VI de este Título.

Al término de cada ejercicio la Secretaría de Salud rendirá al Congreso de la Unión un informe pormenorizado sobre la utilización y aplicación de los recursos del fondo al que se refiere el presente artículo.

Artículo 77 BIS 19. Será causa de responsabilidad administrativa el incumplimiento en tiempo y forma de las obligaciones económicas establecidas en este Capítulo.

Capítulo IV
Del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad

Artículo 77 BIS 20. El Gobierno Federal establecerá un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, mediante el cual aportará recursos que serán ejercidos por los estados y el Distrito Federal para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud, y de conformidad con los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban.

La Secretaría de Salud determinará el monto anual de este fondo así como la distribución del mismo con base en la fórmula establecida para tal efecto en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha fórmula deberá tomar en cuenta la población total de cada estado y un factor de ajuste por necesidades de salud asociadas a riesgos sanitarios y a otros factores relacionados con la prestación de servicios de salud a la comunidad.

La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas en la fórmula de distribución de los recursos del fondo y proporcionará la información utilizada para el cálculo, así como de la utilización de los mismos, al Congreso de la Unión.

Capítulo V
De las Cuotas Familiares

Artículo 77 BIS 21. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas, que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, las cuales deberán cubrirse en la forma y fechas que determine la Secretaría de Salud, salvo cuando exista la incapacidad de la familia a cubrir la cuota, lo cual no le impedirá incorporarse y ser sujeto de los beneficios que se deriven del Sistema de Protección Social en Salud.

Las disposiciones reglamentarias establecerán los lineamientos para los casos en que por las características socioeconómicas de los beneficiarios éstos no aportarán cuotas familiares.

Artículo 77 BIS 22. Las cuotas familiares se recibirán, administrarán y aplicarán conforme a las disposiciones de esta Ley y serán destinadas específicamente al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud que sean necesarios para el Sistema de Protección Social en Salud.

Artículo 77 BIS 23. Las cuotas familiares y reguladoras, que en su caso se establezcan, serán recibidas, administradas y ejercidas por los Servicios Estatales de Salud, a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, conforme a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 22.

Artículo 77 BIS 24. Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud deberán presentar a la Secretaría de Salud, conforme a

los lineamientos que la misma establezca, los informes que sean necesarios respecto del destino y manejo de las cuotas familiares.

Artículo77 BIS 25. Para la determinación de las cuotas familiares se tomarán en cuenta las condiciones socioeconómicas de los beneficiarios, mediante la aplicación de un instrumento estandarizado fijado a nivel nacional por la Secretaría de Salud, el cual permitirá ubicarlos en el estrato adecuado.

Los niveles de las cuotas familiares podrán ser revisados anualmente tomando como base la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Artículo 77 BIS 26. El nivel de ingreso o la carencia de éste, no podrán ser limitantes para el acceso al Sistema de Protección Social en Salud.

ARTÍCULO 77 BIS 27. Bajo el principio de solidaridad social, las cuotas familiares no serán objeto de devolución bajo ninguna circunstancia, ni podrán aplicarse a años subsecuentes en el caso de suspensión temporal de los beneficios de la protección social en salud.

Artículo 77 BIS 28. Con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud, el Consejo de Salubridad General podrá establecer, mediante reglas de carácter general, un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en razón de la frecuencia en su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados. En dichas reglas deberá considerarse la posibilidad de que aquellos beneficiarios cuya condición socioeconómica así lo justifique, no cubran las cuotas a que se refiere este artículo.

Capítulo VI
Del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Artículo 77 BIS 29. Para efectos de este Título, se considerarán gastos catastróficos a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.

Con el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos, se constituirá y administrará por la Federación un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por la Secretaría de Salud.

Artículo 77 BIS 30. Con el objetivo de fortalecer la infraestructura médica de alta especialidad y su acceso o disponibilidad regional, la Secretaría de Salud, mediante un estudio técnico, determinará aquellas unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que por sus características y ubicación puedan convertirse en centros regionales de alta especialidad o la construcción con recursos públicos de nueva infraestructura con el mismo propósito, que provean sus servicios en las zonas que determine la propia dependencia.

Para la determinación a que se refiere el párrafo anterior, la Secretaría de Salud tomará en cuenta los patrones observados de referencia y contrarreferencia, así como la información que sobre las necesidades de atención de alta especialidad le reporten de manera anual los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o a través de los sistemas de información básica que otorguen los servicios estatales de salud.

Los centros regionales recibirán recursos del fondo a que se refiere este Capítulo de conformidad con los lineamientos que establezca la Secretaría de Salud, en las que se incluirán pautas para operar un sistema de compensación y los elementos necesarios que permitan precisar la forma de sufragar las intervenciones que provean los centros regionales.

Con la finalidad de racionalizar la inversión en infraestructura de instalaciones médicas de alta especialidad y garantizar la disponibilidad de recursos para la operación sustentable de los servicios, la Secretaría de Salud emitirá un plan maestro al cual se sujetarán los servicios estatales de salud y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

No se considerarán elegibles para la participación en los recursos del fondo que se establezca en los términos del presente Capítulo las instalaciones médicas de alta especialidad que no cuenten con el certificado que para el efecto expida la Secretaría de Salud, en congruencia con el plan maestro a que se refiere el párrafo anterior.

Capítulo VII
De la Transparencia, Control y Supervisión del Manejo de los Recursos del Sistema de Protección Social en Salud

Artículo 77 BIS 31. Considerando el financiamiento solidario del Sistema de Protección Social en Salud, la Federación, los estados y el Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, dispondrán lo necesario para transparentar su gestión de conformidad con las normas aplicables en materia de acceso y transparencia a la información pública gubernamental.

Para estos efectos, tanto la Federación como los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a través de los servicios estatales de salud, difundirán toda la información que tengan disponible respecto de universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del Sistema de Protección Social en Salud, entre otros aspectos, con la finalidad de favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos, de manera que puedan valorar el desempeño del Sistema.

Asimismo, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud dispondrán lo necesario para recibir y evaluar las propuestas que le formulen los beneficiarios respecto de los recursos que éstos aporten y tendrán la obligación de difundir, con toda oportunidad, la información que sea necesaria respecto del manejo de los recursos correspondientes.

La Secretaría de Salud presentará al Congreso de la Unión un informe semestral pormenorizado de las acciones que se desarrollen con base en este artículo.

Artículo 77 BIS 32. El control y supervisión del manejo de los recursos federales a que se refiere este Título quedará a cargo de las autoridades siguientes, en las etapas que se indican:

I. Desde el inicio del proceso de presupuestación, en términos de la legislación presupuestaria federal y hasta la entrega de los recursos correspondientes a los estados y al Distrito Federal, corresponderá a la Secretaría de la Función Pública;

II. Recibidos los recursos federales por los estados y el Distrito Federal, hasta su erogación total, corresponderá a las autoridades de control y supervisión interna de los gobiernos de los estados.

La supervisión y vigilancia no podrán implicar limitaciones, ni restricciones, de cualquier índole, en la administración y ejercicio de dichos recursos.

III. La fiscalización de las cuentas públicas de los estados y el Distrito Federal, será efectuada por el Congreso Local que corresponda, por conducto de su órgano de fiscalización conforme a sus propias leyes, a fin de verificar que las dependencias y entidades del Ejecutivo Local aplicaron dichos recursos para los fines previstos en esta Ley, y

IV. La Auditoría Superior de la Federación al fiscalizar la Cuenta Pública Federal, verificará que las dependencias del Ejecutivo Federal cumplieron con las disposiciones legales y administrativas federales, y por lo que hace a la ejecución de los recursos a que se refiere este Título, la misma se realizará en términos de la Ley de Fiscalización Superior de la Federación.

Cuando las autoridades estatales que en el ejercicio de sus atribuciones de control y supervisión conozcan que los recursos federales señalados no han sido aplicados a los fines que señala la Ley, deberán hacerlo del conocimiento de la Secretaría de la Función Pública en forma inmediata.

Por su parte, cuando el órgano de fiscalización de un Congreso Local detecte que los recursos federales señalados no se han destinado a los fines establecidos en esta Ley, deberá hacerlo del conocimiento inmediato de la Auditoría Superior de la Federación.

Las responsabilidades administrativas, civiles y penales que deriven de afectaciones a la Hacienda Pública Federal, a las aportaciones estatales y del núcleo familiar en que, en su caso, incurran las autoridades locales exclusivamente por motivo de la desviación de los recursos para fines distintos a los previstos en esta Ley, serán sancionadas en los términos de la legislación federal, por las autoridades federales, en tanto que en los demás casos dichas responsabilidades serán sancionadas y aplicadas por las autoridades locales con base en sus propias leyes.

Capítulo VIII
Del Consejo Nacional de Protección Social en Salud

Artículo 77 BIS 33. Se constituye el Consejo Nacional de Protección Social en Salud como órgano colegiado consultivo de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud.

Artículo 77 BIS 34. El Consejo Nacional de Protección Social en Salud estará integrado por los titulares de la Secretarías de Salud, quien lo presidirá y tendrá voto de calidad, de Desarrollo Social y de Hacienda y Crédito Público; por los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; por el Secretario del Consejo de Salubridad General; y por los titulares de los servicios estatales de salud de cinco entidades federativas, participantes en el Sistema de Protección Social en Salud y que representen a las distintas regiones del país, a invitación del Secretario de Salud, cuya participación se rotará conforme lo disponga el reglamento de operación de este Consejo. Asimismo, se invitará a las sesiones del Consejo a un representante del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud.

El Consejo Nacional de Protección Social en Salud ejercerá las atribuciones que le otorgue su reglamento interior, que será expedido por el Titular del Ejecutivo Federal, en el cual establecerá, asimismo, las reglas para su organización y funcionamiento.

Artículo 77 BIS 35. El Sistema de Protección Social en Salud contará con una Comisión Nacional, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con la estructura y funciones que le asigne su reglamento interno. El titular de la Comisión Nacional será designado por el Presidente de la República a propuesta del Secretario de Salud tras haber recogido las opiniones de los miembros del Consejo a que se refiere este Capítulo, que dispondrá para su operación de los recursos que le asigne la Federación.

Capítulo IX
Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios

Artículo 77 BIS 36. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

Artículo 77 BIS 37. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:

I. Recibir servicios integrales de salud;
II. Acceso igualitario a la atención;
III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;
IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud;
V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;
VI. Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud;
VII. Contar con su expediente clínico;
VIII. Decidir libremente sobre su atención;
IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;
X. Ser tratado con confidencialidad;
XI. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;
XII. Recibir atención médica en urgencias;
XIII. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica;
XIV. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban;
XV. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y
XVI. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Artículo 77 BIS 38. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán las siguientes obligaciones:

I. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;
II. Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios de salud;
III. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;
IV. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud;

V. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;
VI. Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;
VII. Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que, en su caso, se le fijen;
VIII. Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;
IX. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;
X. Hacer uso responsable de los servicios de salud, y
XI. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.

Capítulo X
Causas de Suspensión y Cancelación al Sistema de Protección Social en Salud

Artículo 77 BIS 39. La cobertura de protección social en salud será suspendida de manera temporal a cualquier familia beneficiaria en los siguientes casos:
I. Cuando no cubra las cuotas familiar o reguladora en la forma y fechas que determine la instancia competente, en su caso, y
II. Cuando el principal sostén de la familia beneficiaria se incorpore a alguna institución de seguridad social federal o estatal.

La cuota familiar amparará a los beneficiarios en el caso de que suceda la suspensión y la reincorporación a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud en un mismo ejercicio presupuestal.

Artículo 77 BIS 40. Se cancelarán los beneficios de la protección social en salud y la posibilidad de reincorporación, cuando cualquier miembro de la familia beneficiaria:
I. Realice acciones en perjuicio de los propósitos que persiguen el Sistema de Protección Social en Salud o afecte los intereses de terceros;
II. Haga mal uso de la identificación que se le haya expedido como beneficiario, y
III. Proporcione información falsa sobre su nivel de ingreso en el estudio socioeconómico para determinar su cuota familiar y sobre su condición laboral o derechohabiencia de la seguridad social.

En la aplicación de este artículo la Secretaría de Salud tomará como base la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y demás disposiciones aplicables.

Artículo 77 BIS 41. En los casos en que se materialicen los supuestos a que se refiere este Capítulo, los interesados conservarán los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud hasta por un plazo de sesenta días naturales a partir de la fecha de la suspensión o cancelación. Habiendo transcurrido este plazo, podrán acceder a los servicios de salud disponibles en los términos y condiciones que establece esta Ley.

Transitorios

Primero. El presente Decreto entrará en vigor el 1o. de enero del año dos mil cuatro.
Segundo. El Ejecutivo Federal deberá emitir el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, en un plazo que no excederá de noventa días contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto.
Tercero. En un plazo similar al que se refiere la disposición transitoria anterior, el Consejo de Salubridad General deberá emitir las resoluciones que le correspondan como consecuencia de este Decreto.
Cuarto. Para los efectos del artículo 77 Bis 1, dentro de los servicios de salud se incluirán progresivamente todas las intervenciones de manera integral, con exclusión de las intervenciones cosméticas, experimentales y las que no hayan demostrado su eficacia.
Quinto. Para los efectos del artículo 77 Bis 9, los estados y el Distrito Federal acreditarán gradualmente la calidad de las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud.
Sexto. Para efectos del artículo 77 Bis 7, fracción III, la Cédula del Registro Nacional de Población se exigirá en la medida en que dicho medio de identificación nacional se vaya expidiendo a los usuarios de Protección Social en Salud.
Séptimo. Para los efectos del artículo 77 Bis 12 de la Ley, la fecha de inicio para el cálculo de la actualización conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor será el primero de enero de 2004.
Octavo. A partir de la entrada en vigor de este Decreto, cada año y de manera acumulativa, se podrán incorporar al Sistema de Protección Social en Salud hasta el equivalente a 14.3% de las familias susceptibles de nueva incorporación, con el fin de alcanzar el 100% de cobertura en el año 2010.

En el ejercicio fiscal 2004 y subsecuentes, podrán adherirse las familias cuya incorporación pueda ser cubierta con cargo a los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a que se refiere la Ley de Coordinación Fiscal, con cargo a los recursos de los programas del Ramo Administrativo 12 Salud del Presupuesto de Egresos de la Federación y, con cargo a los recursos para la función Salud que el Ejecutivo Federal presente para el Sistema de Protección Social en Salud y que la Cámara de Diputados apruebe.

La cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas, de conformidad con los padrones que para el efecto maneje el Gobierno Federal.
Noveno. La aportación solidaria de los gobiernos de los estados y el Distrito Federal en términos del artículo 77 Bis 13, deberá iniciarse en el ejercicio fiscal de su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.
Décimo. Con el objeto de que los programas en materia de salud se ejecuten de manera más eficiente y eficaz, en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2004 y en los años subsecuentes, los recursos aprobados para la función Salud se identificarán con una estrategia integral que sea congruente con el Sistema de Protección Social en Salud.
Décimo primero. La Secretaría de Salud deberá constituir la previsión presupuestal a que se refiere el artículo 77 Bis 18 en el ejercicio presupuestal siguiente a aquel en que se apruebe y publique este Decreto.
Décimo segundo. A partir del ejercicio fiscal en que se celebre el acuerdo de coordinación correspondiente, para la entidad federativa suscriptora, el monto total de recursos aprobados del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, establecido en la Ley de Coordinación Fiscal, será utilizado para financiar los recursos que el Gobierno Federal debe destinar al Sistema de Protección Social en Salud en los términos de los artículos 77 Bis 13, fracción II y 77 Bis 20 de esta Ley.

Para los efectos del párrafo anterior, las aportaciones solidarias a que se refiere el artículo 77 Bis 13, fracción II, de la Ley, se

realizarán en la medida en que se incorporen las familias al Sistema en los términos del artículo transitorio octavo y de los acuerdos de coordinación correspondientes, sin afectar la continuidad de la atención de las familias no aseguradas.

El Sistema de Protección Social en Salud dejará sin efectos, respecto de la entidad federativa que se incorpore al mismo, la aplicación de las disposiciones relativas al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud establecidas en los artículos 25, fracción II, 29, 30 y 31 de la Ley de Coordinación Fiscal, a partir de la fecha en que suscriba el acuerdo de coordinación correspondiente. Lo anterior, sin perjuicio de la continuidad de la atención de las familias no aseguradas que deberá establecerse en el respectivo acuerdo de coordinación. Los recursos necesarios para dar continuidad a dicha atención serán calculados, sólo para efectos de referencia, con base en lo dispuesto en el artículo 30 de la Ley de Coordinación Fiscal, una vez descontados los recursos federales que se destinarán para financiar a las familias que se incorporen al Sistema.

Décimo tercero. Para los efectos de los artículos 77 Bis 13 y 77 Bis 20 de la Ley, la Secretaría de Salud determinará como punto de partida para el primer cálculo, qué montos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a que se refiere la Ley de Coordinación Fiscal se destinó en el ejercicio fiscal de 2003 para la prestación de servicios de salud a la persona y para la prestación de servicios de salud a la comunidad, respectivamente.

Décimo cuarto. En un plazo que no excederá de noventa días contados a partir de la entrada en vigor de este Decreto, la Federación deberá emitir las reglas a que se sujetará el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos a que se refiere el artículo 77 Bis 29.

Para los efectos de dicho artículo, el fondo incluirá a la entrada en vigor de este Decreto, las siguientes categorías:

I. El diagnóstico y tratamiento del Cáncer, problemas cardiovasculares, enfermedades cerebro-vasculares, lesiones graves, rehabilitación de largo plazo, VIH/SIDA, y

II. Cuidados intensivos neonatales, trasplantes y diálisis.

El Consejo de Salubridad General actualizará periódicamente estas categorías con base en los criterios establecidos en el artículo 77 Bis 29 de la Ley.

Décimo quinto. El Ejecutivo Federal deberá emitir el Reglamento del Consejo Nacional de Protección Social en Salud a que se refiere el artículo 77 Bis 33, en un plazo que no excederá de noventa días contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto.

Décimo sexto. El programa IMSS-Oportunidades continuará proporcionando servicios de salud a la población no asegurada, con el mismo modelo de atención con el que opera en la actualidad, para lo cual deberá contar con los recursos presupuestales suficientes, provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación, mismos que se canalizarán directamente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social. Las familias actualmente atendidas por el programa IMSS-Oportunidades podrán incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud. En este caso deberá cubrirse al Programa, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, por cada familia que decida su incorporación a dicho Sistema, la cuota social y la aportación solidaria a cargo del Gobierno Federal; la aportación solidaria a cargo de los estados y la cuota familiar en los términos de la presente Ley. En cualquier caso, el programa IMSS-Oportunidades seguirá siendo administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social y los bienes muebles e inmuebles con que cuenta, más aquellos que en lo sucesivo adquiera, quedan incorporados al patrimonio del Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a la legislación aplicable.

Décimo séptimo. Para los efectos de la primera integración del Consejo Nacional de Protección Social en Salud a que se refiere el artículo 77 Bis 33, se invitará a los titulares de los servicios estatales de salud de las cinco primeras entidades federativas en suscribir el acuerdo de coordinación para su integración al Sistema de Protección Social en Salud, a que se refiere el artículo 77 Bis 6 de la Ley.

Décimo octavo. El Ejecutivo Federal deberá emitir el reglamento interno de la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud a que se refiere el artículo 77 Bis 35, en un plazo que no excederá de sesenta días a partir de la entrada en vigor del presente Decreto.

Décimo noveno. La Secretaría de Salud dispondrá lo necesario para dar continuidad a las acciones derivadas del Programa de Salud para Todos en los mismos términos en que se ha desarrollado a la fecha, hasta en tanto se encuentre en operación plena la ejecución del presente Decreto de reformas.

Vigésimo. El Congreso de la Unión en uso de sus facultades legales, podrá a través de sus órganos dar seguimiento al cumplimiento de las normas aprobadas en el presente Decreto.

Vigésimo primero. El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, continuará operando conforme al modelo de atención establecido en sus reglas de operación. La Secretaría de Desarrollo Social administrará el padrón de beneficiarios de este Programa, y para su operación se coordinará con la Secretaría de Salud, a fin de evitar duplicidades administrativas.

México, D.F., a 29 de abril de 2003.- Dip. Armando Salinas Torre, Presidente.- Sen. Enrique Jackson Ramírez, Presidente.- Dip. Adela Cerezo Bautista, Secretario.- Sen. Sara I. Castellanos Cortés, Secretaria.- Rúbricas».

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los catorce días del mes de mayo de dos mil tres.- **Vicente Fox Quesada**.- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, **Santiago Creel Miranda**.- Rúbrica.

AL.3
REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DEL 5 DE ABRIL DE 2004

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.
VICENTE FOX QUESADA, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, he tenido a bien expedir el siguiente

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud

Título primero
Disposiciones generales

Artículo 1. El presente Reglamento de orden público e interés social tiene por objeto regular el Sistema de Protección Social en Salud que se establece en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud y su aplicación es competencia de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud que cuenten con Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, en los términos de la Ley General de Salud y de los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban, y de las demás dependencias o entidades que resulten competentes.

Artículo 2. Para los efectos del presente Reglamento se estará a las definiciones previstas en la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables, así como a las siguientes:

I. Comisión, a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud a que hace referencia el artículo 77 Bis 35 de la Ley;
II. Consejo, al Consejo Nacional de Protección Social en Salud a que hace referencia el Capítulo VIII del Título Tercero Bis de la Ley;
III. Ley, a la Ley General de Salud;
IV. Lineamientos, a aquellas disposiciones de carácter general que emita la Secretaría o la Comisión, por acuerdo del Secretario de Salud, y que deberán ser publicadas en el Diario Oficial de la Federación;
V. Padrón, a la relación de familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud y sus asimilados;
VI. Regímenes Estatales, a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud a que se refiere el artículo 77 Bis 2 de la Ley;
VII. Reglamento, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud;
VIII. Secretaría, a la Secretaría de Salud;
IX. Servicios Estatales de Salud, a las dependencias y entidades de los gobiernos de las entidades federativas, independientemente de la forma jurídica que adopten, que tengan por objeto la rectoría y la prestación de servicios de salud, ya sea que estas funciones se ejerzan de manera consolidada o bien, se provean de manera independiente por diversas dependencias u organismos públicos de los gobiernos de las entidades federativas, y
X. Sistema, al Sistema de Protección Social en Salud a que se refiere el artículo 77 Bis 2 de la Ley.

Artículo 3. Para los efectos de este Reglamento, se concibe a los Regímenes Estatales como las estructuras administrativas, dependientes de los Servicios Estatales de Salud, encargadas de garantizar las acciones de protección social en salud mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona en el Sistema, las cuales deberán realizar su actividad de manera independiente de la provisión de servicios de salud.

Los Regímenes Estatales cubrirán a las familias beneficiarias que residan en la circunscripción territorial de cada entidad federativa y tendrán como funciones primordiales la promoción para la incorporación de familias al Sistema; la afiliación y verificación de la vigencia y tutela de derechos de los beneficiarios; la administración de los recursos financieros establecidos por la Ley para las entidades federativas, con excepción de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, que serán administrados directamente por los Servicios Estatales de Salud; la verificación de que los prestadores de servicios cumplan con los requisitos que establece la Ley; la gestión de pago a dichos prestadores, así como la rendición de cuentas.

Título segundo
De las prestaciones del sistema

Capítulo I
De los servicios de salud

Artículo 4. El Sistema cubrirá los servicios de salud a la comunidad conforme al artículo 77 Bis 20 de la Ley; así como las acciones en materia de protección social en salud que se realizan mediante la prestación de servicios de salud a la persona, conforme al artículo 77 Bis 1 de la Ley.

Artículo 5. El conjunto de actividades y servicios realizados por los Servicios Estatales de Salud que forman parte del ejercicio a nivel estatal de las funciones de rectoría y prestación de servicios de salud pública y que serán cubiertos por el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad al que se refiere el Artículo 77 Bis 20 de la Ley deberán estar vinculados con al menos uno de los siguientes atributos y tipos de actividades:
A. Atributos generales:

I. Ser de cobertura nacional, es decir, provistos independientemente de la condición de aseguramiento en salud de la población beneficiaria;
II. Ser servicios que se otorgan de manera gratuita para la población en el momento de su utilización;
III. Ser acciones de impacto colectivo, que pueden prestarse simultáneamente a todos los miembros de la comunidad o a un grupo de población específica;

IV. Ser servicios que deben proporcionarse independientemente de la existencia de una demanda explícita para los mismos,
V. Prestar el servicio para una persona no reduce la cantidad de recursos disponible para otros miembros de la población.

B. Tipo de actividades de rectoría:
I. Emisión y supervisión de marcos normativos y de regulación sanitaria de los productos, procesos, métodos, instalaciones, servicios y actividades que tienen un impacto sobre la salud, según las competencias y atribuciones de las entidades federativas;
II. Definición y conducción de políticas de salud, así como la generación y operación de los sistemas de información y evaluación;
III. Promoción de la investigación en materia de servicios de salud pública, y
IV. Identificación, análisis y evaluación de riesgos sanitarios.

C. Tipos de actividades comprendidas en la prestación de servicios de salud pública:
I. Acciones que implican la participación comunitaria y mediante las cuales se evitan o se reducen riesgos para la salud de la población, y promueven el autocuidado de la salud y estilos de vida saludable de manera generalizada;
II. Actividades encaminadas a prevenir o contrarrestar los riesgos para la salud de la población en el territorio nacional que se derivan de actividades realizadas por agentes dentro y fuera del sector salud o de eventos no predecibles, coadyuvando a salvaguardar la seguridad nacional;
III. Acciones efectuadas sobre la persona, que implican una reducción de riesgos a la comunidad;
IV. Actividades de tamizaje;
V. Actividades que forman parte de la vigilancia epidemiológica;
VI. Acciones de atención a la comunidad en caso de desastres o urgencias epidemiológicas;
VII. Actividades que permiten proteger contra riesgos sanitarios, que implican el control y fomento sanitario de procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades, así como la emisión, prórroga o revocación de autorizaciones sanitarias que sean competencia o atribución de la entidad, y
VIII. Actividades de control analítico y constatación del cumplimiento de la normatividad.

La Secretaría determinará las actividades y servicios que cumplan con lo anterior y que serán financiados mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad.

Artículo 6. El financiamiento de los servicios de salud a la comunidad se realizará de conformidad con lo dispuesto por el artículo 77 Bis 20 de la Ley y de acuerdo con lo especificado en los artículos 88 a 94 del presente Reglamento.

Artículo 7. Para los efectos de este Reglamento, los servicios de salud a la persona se componen de los servicios esenciales y aquellos servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos definidos por el artículo 77 Bis 29 de la Ley.

Artículo 8. La Comisión fijará la secuencia y alcances de cada intervención comprendida en los servicios esenciales que se provea en el Sistema, de manera prioritaria y progresiva para satisfacer de manera integral las necesidades de salud de las familias beneficiarias.

El financiamiento de los servicios esenciales de salud del Sistema se realizará de conformidad con lo establecido en los artículos 76 a 87 del presente Reglamento.

Artículo 9. Para la determinación de los servicios esenciales del Sistema, la Comisión seleccionará las intervenciones respectivas, por tipo de establecimiento para la atención médica, de manera que progresivamente se incrementen. Para dar cumplimiento al artículo 77 Bis 1 de la Ley, la secuencia y alcances de cada intervención deberá establecerse con base en los siguientes criterios:
I. Incluir las acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, así como las correspondientes a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, vinculadas con las necesidades de salud derivadas del perfil epidemiológico del país;
II. Considerar la sustentabilidad financiera del Sistema;
III. Tomar en cuenta las necesidades de salud recurrentemente solicitadas en los servicios públicos de salud disponibles;
IV. Prever la secuencia y el nivel de atención médica de los servicios, según la capacidad resolutiva de las instalaciones médicas y las necesidades de atención individuales;
V. Establecer las intervenciones cubiertas, a manera de catálogo;
VI. Contemplar los medicamentos asociados a los tratamientos, los cuales deberán estar incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud, deberán ser prescritos por el médico conforme a lo establecido en los protocolos o guías clínico-terapéuticas que se apliquen para cada intervención, y sujetando la dotación de medicamentos a lo señalado en la receta;
VII. Tomar como principios fundamentales la equidad y la justicia distributiva, y
VIII. Promover un trato digno y respetuoso.

Para facilitar que el proceso de priorización se realice atendiendo a criterios de aceptabilidad social, la Comisión promoverá la participación e incorporará las opiniones de los profesionales del Sistema Nacional de Salud y establecerá mecanismos que permitan la participación de la población beneficiaria en el diseño y evaluación de los servicios.

Artículo 10. De manera adicional a la prestación de servicios esenciales de salud, los Regímenes Estatales podrán establecer conjuntos complementarios de servicios considerando elementos de carácter epidemiológico, necesidades específicas de grupos poblacionales, factores de acceso geográfico y condiciones climatológicas, factores culturales u otros aspectos que ameriten ajustes a las condiciones y la problemática local de salud. El financiamiento de dichos servicios correrá a cargo de los gobiernos de las entidades federativas en conformidad con el artículo 77 Bis 14 de la Ley. Los términos bajo los cuales se especificará la inclusión de estos servicios se establecerán en su caso, en los acuerdos de coordinación correspondientes.

Artículo 11. El financiamiento de los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se realizará de conformidad con lo establecido en el artículo 77 Bis 17 de la Ley y los artículos 95 a 106 del presente Reglamento.

Capítulo II
De los prestadores de los servicios

Sección primera
Generalidades

Artículo 12. La prestación de los servicios de salud a la comunidad será responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud, con apego a lo que señalen las disposiciones jurídicas aplicables y la Secretaría.

Artículo 13. Los Regímenes Estatales garantizarán la prestación de los servicios de salud a la persona de forma directa a través de los establecimientos para la atención médica de los Servicios Estatales de Salud o de forma indirecta a través de los establecimientos para la atención médica de otras entidades federativas o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 14. La prestación indirecta de los servicios de salud a la persona entre Regímenes Estatales se realizará por medio de los sistemas de referencia y contrarreferencia que se establezcan de conformidad con los mecanismos o sistemas de colaboración interestatal del Sistema que para el efecto se establezcan.

Artículo 15. De conformidad con el artículo 77 Bis 5, A, fracciones V, XII y XVI de la Ley, la Secretaría establecerá el modelo de acuerdos de coordinación y de colaboración interestatal del Sistema en el que se especificarán las condiciones para la ejecución de un mecanismo de compensación económica por los servicios prestados entre entidades federativas.

Para tales efectos, la Secretaría promoverá el desarrollo de sistemas de medición de costos que favorezcan la adecuada compensación económica entre entidades federativas.

Artículo 16. Para garantizar la prestación de los servicios de salud a la persona del Sistema, los Regímenes Estatales podrán brindarlos indirectamente a sus beneficiarios por medio de las instituciones y los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud. Dicha prestación indirecta se realizará bajo los términos de los convenios de colaboración interinstitucional que al efecto se suscriban y en los cuales se incluirán las bases para la compensación económica.

Para los efectos del presente artículo, la Secretaría proveerá el modelo de convenio de colaboración interinstitucional para la prestación indirecta de servicios de salud a la persona a los beneficiarios del Sistema.

Artículo 17. Los Servicios Estatales de Salud podrán establecer convenios de colaboración con municipios, para su participación en el Sistema. Los convenios, sin perjuicio de la normatividad estatal aplicable, determinarán como mínimo las áreas de colaboración, las aportaciones económicas estatales y municipales, y los mecanismos de participación de las autoridades municipales en el Régimen Estatal.

Artículo 18. Para garantizar el carácter integral de los servicios, los Regímenes Estatales considerarán los establecimientos para la atención médica en términos de redes de servicios. Las redes de servicios deberán garantizar la continuidad de cuidados, el máximo nivel de resolución en atención primaria, la provisión de medicamentos, la especialización de los profesionales de la salud y constituirse sobre referencias poblacionales y geográficas.

Artículo 19. Como parte sustancial de los beneficios del Sistema, la Comisión, en coordinación con los Regímenes Estatales, promoverá una política de medicamentos tendiente a reducir los costos de adquisición, favorecer sistemas eficientes de abasto y reposición de medicamentos y el uso racional de los mismos en la prescripción y consumo en los establecimientos para la atención médica del Sistema. A tal efecto, los Regímenes Estatales y los establecimientos para la atención médica del Sistema celebrarán los convenios de gestión oportunos e implantarán programas de capacitación al personal.

Artículo 20. Los Regímenes Estatales asignarán cada familia beneficiaria a un centro de salud, así como un médico de familia, para su atención primaria y en caso de existir más de una opción se les brindará la facilidad de elegir su unidad de adscripción o su médico de familia.

Artículo 21. Con objeto de fortalecer a los establecimientos para la atención médica de los Servicios Estatales de Salud y establecer criterios homogéneos y transparentes en la atención de los beneficiarios del Sistema, las relaciones entre los Regímenes Estatales y los establecimientos para la atención médica acreditados se formalizarán mediante convenios de gestión, que bajo la forma de acuerdo interno, precisen la cobertura de afiliados, condiciones de calidad, la tutela de los derechos de los usuarios, la asignación de recursos o reposición de fondos para la atención a los beneficiarios del Sistema, y los criterios de evaluación y seguimiento de sus actividades.

Artículo 22. Los Regímenes Estatales podrán celebrar convenios para la utilización de infraestructura médica con los establecimientos para la atención médica de otros Regímenes Estatales o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud cuando así lo requieran, conforme a la legislación aplicable. Dichos convenios sólo podrán ser suscritos con los establecimientos para la atención médica convenientemente acreditados en los términos a que se refiere el artículo 77 bis 9 de la Ley.

Sección segunda
De la acreditación de capacidad, seguridad y calidad

Artículo 23. Para brindar certidumbre respecto a la capacidad, seguridad y calidad en la prestación de los servicios del Sistema, los establecimientos para la atención de servicios esenciales, requerirán de la acreditación correspondiente en los términos del artículo 77 Bis 9 de la Ley. Así mismo, los prestadores de los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos requerirán de la certificación establecida en el artículo 77 Bis 30 de la Ley. Lo anterior, sin menoscabo del cumplimiento de otras disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables en la materia.

Artículo 24. Para los efectos del artículo anterior, los prestadores de servicios esenciales y de los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos deberán sujetarse a los requerimientos definidos por la Secretaría en los términos de la Ley, de este Reglamento y de los lineamientos correspondientes para la acreditación y certificación de su calidad, sin menoscabo del cumplimiento de otras disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables en la materia.

Artículo 25. La acreditación se documentará mediante el dictamen correspondiente y constituirá un requisito previo para que los prestadores de servicios sean incorporados al Régimen Estatal. Mediante la acreditación se busca minimizar los riesgos a la salud por condiciones inseguras en la operación de los mismos, así como corroborar condiciones fundamentales de gestión y resultados de calidad.

Artículo 26. La acreditación es el resultado de un procedimiento de evaluación inicial de las condiciones bajo las cuales se ejerce la práctica médica con la cual los establecimientos para la atención médica otorgan los servicios esenciales cubiertos por el Sistema. La Secretaría emitirá el Manual para la Acreditación de Capacidad, Seguridad y Calidad para la aplicación del proceso de evaluación correspondiente.

Artículo 27. Para que un establecimiento de atención a la salud sea incorporado como prestador del Sistema, deberá contar con el dictamen de acreditación que emita la Secretaría, como consecuencia de la aplicación del proceso de evaluación que se establezca en el manual a que se refiere el artículo anterior.

Artículo 28. La Comisión tendrá la capacidad de verificar el alcance en los programas de acreditación y revisará anualmente el cumplimiento de las condiciones en materia de acreditación en las que se encuentren los establecimientos incorporados al Sistema.

El Manual para la Acreditación de Capacidad, Seguridad y Calidad a que se refiere el artículo 26 contendrá los lineamientos para la acreditación de los establecimientos para la atención médica en los que se especificará, adicionalmente a lo estipulado en el artículo 77 Bis 9 de la Ley, al menos lo relacionado con lo siguiente:

I. Prestación de servicios para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, conforme a la normatividad y lineamientos técnicos vigentes en la materia;
II. Operación y promoción del Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, con base en los Decretos Presidenciales publicados en el Diario Oficial de la Federación del 24 de diciembre del 2002 y del 28 de febrero del 2003;
III. Impulso progresivo a la certificación de competencias profesionales del personal;
IV. Condiciones para la permanencia en el Sistema de un prestador de servicios;
V. Requerimientos para los establecimientos que complementariamente desarrollen procesos de formación y actualización médica, y
VI. Procedimiento en caso de resultados desfavorables.

Artículo 29. En caso de que el resultado de la evaluación genere un dictamen no favorable o condicionado, el establecimiento para la atención médica será informado acerca de los criterios no cumplidos a efecto de que éstos sean resueltos por la instancia correspondiente y pueda solicitar una nueva evaluación en el momento en que pueda cumplir las condiciones de capacidad, seguridad y calidad establecidas como mínimas, con la condición de elaborar y aplicar un plan de contingencia avalado por el titular de los Servicios Estatales de Salud.

Artículo 30. De conformidad con el Artículo 77 Bis 38 de la Ley, los beneficiarios deberán participar en el autocuidado de su salud, por lo cual al incorporarse al Sistema recibirán la Cartilla Nacional de Salud que les corresponda, de acuerdo con su edad y sexo, misma que deberán presentar en toda atención de salud que soliciten.

En el caso de la atención de urgencias, la falta de presentación de la Cartilla Nacional de Salud no podrá ser motivo para negar la atención médica.

Sección tercera
Del plan maestro de infraestructura

Artículo 31. El Plan Maestro de Infraestructura es el instrumento rector al que se sujetarán los Servicios Estatales de Salud en los términos de los artículos 77 Bis 10 y 77 Bis 30 de la Ley, con el fin de racionalizar la inversión pública en infraestructura y garantizar la operación sustentable, así como definir las características de los centros regionales de alta especialidad.

Artículo 32. Es responsabilidad de la Secretaría, observando las disposiciones aplicables, con la colaboración de los Servicios Estatales de Salud, la elaboración del Plan Maestro de Infraestructura, que será presentado a la consideración del Consejo y será aprobado por el Secretario de Salud y en el cual se deberá contemplar un diagnóstico de la infraestructura existente con base en la información que proporcionen para el efecto las entidades federativas.

Artículo 33. En la elaboración del Plan Maestro de Infraestructura, deberán considerarse, al menos, las necesidades de salud de la población, las características socioculturales, demográficas, epidemiológicas, información sobre accesibilidad y utilización de servicios, así como los criterios que para el Modelo Integrado de Atención a la Salud defina la Secretaría.

Artículo 34. El Plan Maestro de Infraestructura deberá considerar un panorama de diez años y en su contenido se deberá especificar lo relativo a la remodelación, equipamiento de alta tecnología y obra nueva en infraestructura física para la prestación directa, a través de los establecimientos públicos para la atención médica del Sistema.

Los establecimientos para la atención médica a que hace referencia el presente artículo que no se encuentren en el Plan Maestro de Infraestructura no podrán participar como prestadores de servicios del Sistema y por ende, no podrán recibir financiamiento del mismo.

Artículo 35. El acceso a los recursos para infraestructura de la previsión presupuestal descrita en el artículo 77 Bis 18 de la Ley y en los artículos 111 y 112 del presente Reglamento requerirá obligatoriamente el cumplimiento de las disposiciones establecidas para el Plan Maestro de Infraestructura, de conformidad con el presente Capítulo.

Artículo 36. Cada entidad federativa deberá suministrar a la Secretaría en el tiempo y forma que ésta determine, a través del Sistema Nacional de Información para la Salud, la información necesaria para mantener en vigor el Plan Maestro de Infraestructura y para la realización de ajustes y conciliaciones con respecto a posibles diferencias en la información.

Artículo 37. La planeación de nuevos establecimientos para la atención médica y la adquisición de nuevas tecnologías, para su inclusión en el Plan Maestro de Infraestructura, deberá sustentarse en el certificado de necesidad que será expedido por la Secretaría, en los términos que para el efecto establezca, tomando en consideración los siguientes parámetros:

I. Proyecciones demográficas y epidemiológicas de la población;
II. Comparación del costo-efectividad de los proyectos alternativos existentes;
III. Relación de la oferta existente;
IV. Necesidades especiales de las familias beneficiarias;
V. Comparación de las tendencias de utilización u ocupación de los otros prestadores de servicios en el área;
VI. Disponibilidad de recursos financieros;
VII. El flujo de liquidez proyectado que debe asegurar la viabilidad financiera;
VIII. Aspectos ambientales y culturales relacionados con el proceso de atención, y
IX. Características arquitectónicas y de operatividad relacionadas con las costumbres, el clima y las condiciones geográficas.

Artículo 38. En la aprobación para la construcción de nuevos establecimientos para la atención médica dentro del Sistema, se dará

prioridad a aquellas regiones en donde los indicadores de recursos físicos y humanos se encuentren por debajo de lo que se estima necesario dadas las necesidades de salud de la población.

Los aspectos tecnológicos del equipamiento de los establecimientos para la atención médica participantes en el Sistema, se sujetarán a los lineamientos que para el efecto emita la Secretaría, en apego al Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico elaborado por el Consejo de Salubridad General, procurando la adquisición y utilización de equipos con garantía de mantenimiento preventivo y correctivo en el nivel local.

Artículo 39. La Secretaría dispondrá lo necesario para que el Plan Maestro de Infraestructura sea congruente con el plan estratégico de desarrollo del Sistema y el programa de expansión de la cobertura en el ámbito de cada entidad federativa y región del Sistema.

Título tercero
De la incorporación de beneficiarios

Capítulo I
Generalidades

Artículo 40. Para la incorporación de beneficiarios al Sistema se requerirá de una solicitud que realice por sí el interesado, una colectividad o bien, alguna institución gubernamental, previo cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 77 Bis 7 y 77 Bis 8 de la Ley.

Al ser incorporados al Sistema, los beneficiarios tendrán los derechos que derivan del Título Tercero Bis de la Ley, y deberán cumplir con las obligaciones y demás disposiciones establecidas en el presente Título.

Capítulo II
De los requisitos y el proceso de incorporación

Artículo 41. Con la incorporación al Sistema, los beneficiarios recibirán la Credencial Única de Beneficiario del Sistema, expedida por los Regímenes Estatales bajo los lineamientos que para el efecto emita la Comisión.

La Credencial Única de Beneficiario del Sistema servirá para identificar al beneficiario como afiliado al Sistema y para comprobar su vigencia de derechos y le permitirá el acceso pleno a todos los servicios cubiertos por el Sistema.

Así mismo, y como parte de la incorporación al Sistema, previa asignación a un centro de salud, así como a un médico de familia, cada uno de los beneficiarios recibirá la Cartilla Nacional de Salud a que se refiere el artículo 30 de este Reglamento.

Artículo 42. La acreditación de los requisitos que se establecen en el artículo 77 Bis 7 de la Ley para los efectos de la incorporación de familias al Sistema buscará otorgar la mayor flexibilidad al solicitante, privilegiando la simple manifestación de los interesados, presumiéndose la buena fe.

En particular, de manera no limitativa, quienes pretendan incorporarse al Sistema, podrán acreditar el cumplimiento de dichos requisitos en los términos siguientes:

I. La residencia podrá demostrarse mediante la presentación de por lo menos un comprobante de domicilio;

II. La no derechohabiencia a instituciones de seguridad social se acreditará con la mera manifestación del solicitante;

III. En caso de que los solicitantes no cuenten con la Clave Única de Registro de Población, se solicitará el acta de nacimiento como documento temporal y con el propósito de que los Regímenes Estatales apoyen la gestión ante las autoridades correspondientes para que otorguen las facilidades necesarias para su obtención;

IV. Si tampoco se cuenta con acta de nacimiento, se podrá proceder conforme a los acuerdos que los gobiernos estatales establezcan con las autoridades del Registro Civil o del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral para la Familia para resolver esta situación, aceptándose la credencial de elector o carta de autoridad local como medio de identificación, en tanto se logra un registro oficial;

V. En lo relativo a cubrir las cuotas familiares correspondientes, se deberá proporcionar la información necesaria para la aplicación del instrumento de evaluación socioeconómica a que se refiere el artículo 125 de este Reglamento, y

VI. Para acreditar el pago de las cuotas familiares, en su caso, deberá exhibirse el recibo oficial correspondiente.

La carencia temporal de la documentación asociada a las fracciones I y III del artículo 77 Bis 7 de la Ley, no será impedimento para la incorporación de una familia o persona al Sistema.

En el caso en que los interesados en incorporarse al Sistema, no aporten la documentación comprobatoria del cumplimiento de los requisitos a que se refiere la Ley, los Regímenes Estatales, de manera provisional, podrán registrarlos hasta por un periodo de noventa días naturales; transcurrido dicho plazo sin que exista comprobación del cumplimiento de los requisitos correspondientes, se tendrá por no presentada la solicitud de incorporación.

Artículo 43. Los Regímenes Estatales serán responsables de verificar la información proporcionada por los solicitantes de la incorporación al Sistema.

Capítulo III
De la vigencia de derechos

Artículo 44. El inicio de vigencia de derechos del Sistema para los beneficiarios comenzará a partir del primer día del mes calendario siguiente a la fecha de incorporación, contemplando doce meses calendario de vigencia.

La vigencia de derechos podrá ser constatada en las unidades prestadoras de servicios mediante la Credencial Única de Beneficiario del Sistema o por los instrumentos que determine la Comisión como válidos para tales efectos y que formen parte del proceso de incorporación al Sistema.

Artículo 45. Al término de la vigencia de la afiliación, la familia tendrá sesenta días naturales para renovar su incorporación al Sistema. En caso contrario, la suspensión temporal que sobrevenga terminará en el momento en que se regularice la situación de pago por parte de la familia afiliada.

La falta de pago de la cuota familiar durante el periodo de vigencia anual ocasionada por el fallecimiento del jefe de familia durante el mismo periodo, no podrá ser causa para la suspensión de beneficios para los miembros restantes de la misma durante el tiempo restante de la vigencia de derechos. Concluida la vigencia, se requerirá que la familia realice una nueva incorporación en los términos del párrafo anterior.

Artículo 46. La Comisión determinará la procedencia y aplicación de los supuestos de cancelación de los beneficios del Sistema a que se refiere el artículo 77 Bis 40 de la Ley.

Para efectos de lo establecido en la fracción III del artículo 77 Bis 40 de la Ley, se hará uso del dictamen de cotejo de padrones a que se refiere el artículo 52 de este Reglamento.

Artículo 47. Los beneficiarios del Sistema cuyos derechos hayan sido suspendidos y una vez que haya concluido el plazo de confor-

midad con el artículo 77 Bis 41 de la Ley, continuarán con la posibilidad de acceder a los servicios de salud disponibles en los términos y condiciones que establece la propia Ley.

Las personas a que se refiere el párrafo anterior podrán solicitar nuevamente su incorporación al Sistema dentro de los calendarios que anualmente fije la Comisión y siempre y cuando las causales por las cuales se determinó la suspensión temporal de los derechos para ser beneficiarios del Sistema hayan desaparecido.

Artículo 48. La Comisión, con base en los principios que establecen los artículos 77 Bis 39, 77 Bis 40 y el Título Décimo Octavo de la Ley, así como en lo previsto en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, procederá a la suspensión o cancelación de beneficios.

Capítulo IV
Del padrón de beneficiarios

Artículo 49. El Padrón estará integrado con la información contenida en los padrones de los Regímenes Estatales que componen el Sistema, validados e integrados de acuerdo con los lineamientos emitidos al efecto por la Comisión y de conformidad con lo establecido en el artículo 77 Bis 5 inciso A, fracción X de la Ley.

Artículo 50. El Padrón será de tipo nominal y deberá contener, al menos, los siguientes elementos: nombre, apellido paterno, apellido materno, fecha de nacimiento, sexo, Clave Única del Registro de Población, domicilio actual, incluyendo localidad, municipio y entidad, posición en el hogar, clave única de identificación por familia asignada por la Comisión, vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y el establecimiento para la atención médica de adscripción.

Artículo 51. El Padrón estará sujeto a las normas de confidencialidad en los términos de lo previsto en los artículos 18, 20 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los artículos 5 y 38 de la Ley de Información Estadística y Geográfica, para lo cual la Comisión establecerá los mecanismos para su conformación, actualización y consulta.

Artículo 52. Para asegurar el cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 77 Bis 3, 77 Bis 5, apartado A, fracción XI y 77 Bis 7, fracción II de la Ley, la Comisión solicitará anualmente al Consejo de Salubridad General, conforme lo acuerden, la realización del cotejo del Padrón contra los padrones de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica.

El Consejo de Salubridad General turnará el dictamen de cotejo a la Comisión para que ésta proceda a la cancelación de los beneficios del Sistema de las familias que se encuentren registradas en alguno de los padrones de las instituciones de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica.

Artículo 53. La Comisión tendrá la facultad de ordenar las evaluaciones que considere pertinentes a los padrones de beneficiarios de los Regímenes Estatales para verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley, en este Reglamento y en los lineamientos aplicables en la materia.

Capítulo V
De la tutela de los derechos de los beneficiarios

Artículo 54. Los Regímenes Estatales divulgarán entre los afiliados al Sistema sus derechos y obligaciones. Para facilitar la aplicación efectiva de los derechos, los Regímenes Estatales impulsarán la creación de unidades de atención al beneficiario encargadas de la tutela de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

Artículo 55. Los establecimientos para la atención médica del Sistema, los Regímenes Estatales y, en su caso, la Comisión, responderán, canalizarán y darán seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias que los beneficiarios presenten en relación con la prestación de servicios y los derechos a que se refiere el artículo 77 bis 37 de la Ley.

Artículo 56. Las preguntas, quejas y sugerencias, presentadas por cualquier medio, serán analizadas en primera instancia por los establecimientos para la atención médica, atendiendo a los principios de celeridad en la respuesta a todas las solicitudes, adoptando la forma escrita cuando así se formulen. Los Regímenes Estatales validarán periódicamente la calidad de las respuestas y el impacto de éstas en la mejora de la calidad de los servicios de atención a la salud.

Cada instancia deberá establecer mecanismos para determinar la procedencia o improcedencia de las preguntas, quejas y sugerencias presentadas por los beneficiarios, y cuyos plazos de respuesta no deberán exceder tres meses.

Artículo 57. Conforme a los criterios generales que al respecto determine la Comisión, los Regímenes Estatales evaluarán periódicamente la opinión de los beneficiarios, con mención expresa a la aplicación de los derechos a que se refiere el artículo 77 bis 37 de la Ley. La información sobre la satisfacción de los afiliados deberá informarse a la Comisión, de conformidad con los lineamientos que para el efecto se establezcan.

Artículo 58. La Secretaría, a través de la Comisión, contará con un centro de atención telefónica que proporcione orientación a los beneficiarios para facilitar el acceso a los servicios de salud y recibir las preguntas, quejas y sugerencias que presenten tanto de la prestación médica como administrativa, en el ejercicio de sus derechos.

El centro de atención telefónica estará orientado principalmente para recibir las quejas que deriven del incumplimiento sobre los derechos de los beneficiarios, así como cualquier incumplimiento del proceso administrativo de afiliación; de igual manera, servirá para retroalimentar a los Regímenes Estatales para generar acciones correctivas y preventivas que se requieran para la adecuada marcha del Sistema.

Artículo 59. El centro de atención telefónica recibirá, canalizará y dará seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias que presenten los beneficiarios, para lo cual los Servicios Estatales de Salud establecerán mecanismos para la recepción de las mismas, además de proporcionar la información necesaria para su atención oportuna y eficaz.

Por su parte, la Secretaría canalizará y dará seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias que reciba en su propio centro de atención telefónica sobre la calidad de los servicios que otorgue el Sistema e informará de manera periódica, por conducto de la Comisión, a los integrantes del Sistema sobre las preguntas, quejas y sugerencias que sobre la calidad de los servicios de salud presenten los beneficiarios, con el propósito de que sean atendidas de manera efectiva y oportuna.

Además de la atención telefónica, los beneficiarios tendrán en todo momento la posibilidad de presentar sus preguntas, quejas y sugerencias en forma escrita o de manera directa en los establecimientos para la atención médica o las unidades administrativas del Sistema, debiendo otorgárseles un trato adecuado y una atención oportuna a sus requerimientos, para lo cual los Servicios Es-

tatales de Salud establecerán los mecanismos necesarios para su recepción, seguimiento y pronta respuesta.

Artículo 60. Los integrantes del Sistema que conozcan de una pregunta, queja y sugerencia, establecerán mecanismos que permitan informar a los beneficiarios sobre la atención que reciban sobre éstas, sin discriminar el medio por el cual sean recibidas.

Artículo 61. Los Servicios Estatales de Salud difundirán entre los establecimientos para la atención médica y las unidades administrativas la información necesaria para que los beneficiarios puedan presentar sus quejas en forma sencilla y ágil, ya sea a través del centro de atención telefónica del Sistema, el propio de la Secretaría o las que sean presentadas en forma escrita o de manera directa.

Artículo 62. Para la adecuada atención a las preguntas, quejas y sugerencias que presenten los beneficiarios sobre los servicios de salud del Sistema, la Secretaría promoverá mecanismos de coordinación que faciliten su oportuna atención.

Artículo 63. Progresivamente, los Regímenes Estatales impulsarán en la red de establecimientos para la atención médica del Sistema, la integración de organizaciones de beneficiarios que se constituirán como avales ciudadanos de los resultados de calidad en lo referente al trato digno que debe proporcionarse en los centros de atención del área geográfica correspondiente. Asimismo, facilitarán las condiciones para que otras modalidades de participación ciudadana coadyuven a una adecuada prestación de los servicios.

Capítulo VI
De los sistemas de información

Artículo 64. Corresponde a la Secretaría realizar la evaluación integral del Sistema, para lo cual desarrollará un subsistema de información especializado, del Sistema Nacional de Información en Salud, que se integre con la información de la operación de los Regímenes Estatales, así como del ejercicio de los recursos transferidos en los términos de los artículos 75 a 140 del presente Reglamento.

Artículo 65. La información de los Regímenes Estatales se nutrirá directamente de los Sistemas de Información en Salud de las respectivas entidades federativas. Para tal efecto, los establecimientos para la atención médica del Sistema, a través de los Servicios Estatales de Salud, deberán reportar a la Secretaría, en el tiempo y forma que ésta determine, la información correspondiente.

Artículo 66. La Secretaría estará a cargo del desarrollo, supervisión y establecimiento de las bases de operación de los diferentes subsistemas de información que cubrirán los requerimientos del Sistema en dicha materia.

Artículo 67. A efecto de mantener la homogeneidad en los criterios utilizados para la construcción de indicadores de operación asociados a los beneficiarios del Sistema, la fuente primaria de información será la contenida en el Padrón y aquella contenida en el expediente clínico por beneficiario que para el efecto se integre y sólo en el caso de que el requerimiento lo amerite, se utilizarán fuentes alternativas de información.

El expediente clínico por beneficiario será integrado en los términos que determine la normatividad vigente aplicable.

Artículo 68. La Secretaría establecerá los criterios que sean necesarios para la definición de requisitos de información que deberán cumplir los establecimientos para la atención médica del Sistema.

Artículo 69. El Sistema Nacional de Información en Salud proveerá de manera oportuna la información relacionada con el uso de los servicios de consulta externa, de servicios de urgencias y de hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría. Así mismo, se incluirá información sobre medicamentos e intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y los servicios complementarios a que se refiere el artículo 10 de este Reglamento.

Artículo 70. La terminología a emplear, las clasificaciones de enfermedades, procedimientos médicos y definiciones utilizadas en el Sistema Nacional de Información en Salud se regirán por lo establecido en las normas oficiales mexicanas que para el efecto se hayan emitido.

Capítulo VII
De la evaluación integral del sistema

Artículo 71. Corresponde a la Secretaría llevar a cabo los procedimientos de evaluación necesarios para la adecuada prestación de los servicios a que se refiere este Reglamento.

Artículo 72. Se entenderá por evaluación del Sistema al estudio con bases científicas, diseñado específicamente para medir y explicar en qué medida y con qué eficiencia se están alcanzando los objetivos y metas definidas en la operación del Sistema. Los resultados de la evaluación permitirán adecuar las estrategias de operación y la definición de las políticas relacionadas con el Sistema, debiendo contribuir con información para los procesos de transparencia y rendición de cuentas.

Artículo 73. La evaluación del Sistema estará a cargo de la Secretaría y se caracterizará por ser:

I. Normativa, ya que establecerá métodos, criterios, procesos y acciones de evaluación homogéneos a nivel nacional;

II. Dinámica, ya que se adecuará a los cambios que la misma operación del Sistema requiera, y

III. Participativa, al involucrar a las autoridades de salud de los distintos órdenes de gobierno, a los prestadores de servicios en el nivel aplicativo y a la población en su conjunto.

Artículo 74. En la evaluación del Sistema deberán distinguirse las actividades de supervisión y seguimiento del mismo, dado que éstas tendrán por objetivo corregir o adecuar en el momento en que se verifican, las desviaciones de las acciones previamente planteadas. Estas actividades de supervisión y seguimiento quedarán bajo la responsabilidad de la Secretaría, a través de la Comisión, y los gobiernos de las entidades federativas, a través de los Regímenes Estatales, en los ámbitos federal y estatal, respectivamente.

Artículo 75. El modelo de evaluación propio del Sistema contará con tres componentes:

I. Financiero, que comprenderá el monitoreo de las aportaciones destinadas al Sistema procedentes tanto del Gobierno Federal como de las entidades federativas y de las familias, el seguimiento de la administración del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y la previsión presupuestal, así como la evaluación financiera y actuarial anual del Sistema, la cual deberá ser avalada mediante una auditoría externa y cuyo gasto asociado deberá sujetarse al límite que para tales efectos establezca la Secretaría de conformidad con la normatividad aplicable;

II. Gerencial, que tomará en consideración la identificación de las condiciones socioeconómicas de la población objetivo, la

definición y el manejo de los recursos, los procesos de credencialización, la eliminación de barreras financieras y organizacionales para el acceso a los servicios, el abasto y el acceso a los medicamentos asociados a los servicios de salud a la persona, así como el trato que reciben los beneficiarios del Sistema en los establecimientos para la atención médica del Sistema, y

III. De impacto en las condiciones de salud y seguridad financiera de las familias beneficiarias, que comprenderá la medición de los cambios en sus condiciones de salud, que deben esperarse una vez desplegadas las intervenciones que provea el Sistema, y los cambios relacionados con la protección contra gastos catastróficos por motivos de salud entre las familias beneficiarias.

Título cuarto
Del financiamiento del sistema

Capítulo I
De las aportaciones de los gobiernos federal y de las entidades federativas

Sección primera
Generalidades

Artículo 76. Para efectos de este capítulo, se definen como aportaciones aquellas realizadas por el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas a favor del Sistema a que hacen referencia los artículos 77 Bis 12, 77 Bis 13 y 77 Bis 20 de la Ley.

Artículo 77. Las erogaciones del Gobierno Federal relacionadas con el Sistema deberán estar específicamente identificadas en el presupuesto autorizado de la Secretaría.

La Secretaría y los Regímenes Estatales, a través de la Comisión, determinarán un porcentaje o un monto máximo de los recursos del Sistema que podrán ser destinados a los gastos de administración del mismo.

La programación, presupuestación, ejercicio, control y fiscalización de los recursos federales vinculados con el Sistema estará sujeta a lo establecido en los artículos 77 bis 16 y 77 bis 32 de la Ley, en el presente Reglamento y a lo señalado por los diversos ordenamientos aplicables en la materia.

Artículo 78. Con objeto de determinar el monto anual correspondiente a la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, para financiar los servicios de salud a la persona cubiertos por el Sistema, el número de familias beneficiarias por entidad federativa se cuantificará anualmente por la Comisión a partir del Padrón vigente al término del año fiscal inmediato anterior, de la proyección de la población beneficiaria potencial, de la capacidad existente para la provisión de los servicios y de las metas de incorporación de familias al Sistema, con criterios de equidad en la distribución de la meta nacional, según se convenga con las entidades federativas en los anexos de los acuerdos de coordinación correspondientes y tomando en consideración la disponibilidad de recursos presupuestarios para el ejercicio fiscal correspondiente.

Artículo 79. Para efectos del artículo 78 de este Reglamento, la Secretaría proporcionará anualmente a la Comisión la información sobre las proyecciones de la población beneficiaria potencial por entidad federativa expresada en número de familias conforme a los criterios metodológicos correspondientes.

Artículo 80. Los recursos correspondientes a la cuota social y a la aportación solidaria federal se canalizarán a las entidades federativas de conformidad con la periodicidad del calendario presupuestal definido en los acuerdos de coordinación correspondientes. Dicha periodicidad no podrá ser superior a tres meses.

Para estos efectos, las entidades federativas y la Comisión establecerán una meta anual de afiliación distribuida por trimestre.

Artículo 81. Para garantizar lo establecido en el artículo 77 Bis 15 de la Ley, el Gobierno Federal enviará al principio de cada trimestre los recursos por concepto de cuota social y mensualmente los recursos por concepto de aportación solidaria federal, correspondientes a la meta de afiliación convenida para ese periodo, de conformidad con lo establecido en el artículo 80 del presente Reglamento.

La Comisión realizará al término de cada trimestre y previo al envío de recursos subsecuentes una conciliación con cada entidad federativa para contrastar la congruencia del Padrón con los recursos enviados al principio del trimestre en cuestión.

Con base en los resultados de esta conciliación, la Comisión deberá efectuar ajustes en el monto de los recursos de cuota social y aportación solidaria federal a ser transferidos a la entidad federativa en el periodo subsecuente que corresponda.

La Secretaría de conformidad con lo establecido por el segundo párrafo del artículo 77 bis 12 de la Ley, deberá suspender, en el trimestre respectivo, la transferencia de los recursos federales correspondientes a la cuota social del Gobierno Federal, cuando las entidades federativas no hayan realizado la entrega de las aportaciones solidarias a que se refiere la fracción I del artículo 77 bis 13 de la Ley, durante el trimestre anterior.

La Secretaría podrá suspender la transferencia a las entidades federativas de los recursos federales correspondientes a la aportación solidaria del Gobierno Federal, así como los correspondientes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y, en su caso, la previsión presupuestal anual, cuando las entidades federativas no entreguen la aportación solidaria a que se refiere la fracción I del artículo 77 bis 13 de la Ley, o cuando dejen de informar en tiempo y forma sobre la administración y ejercicio de los recursos provenientes de las cuotas familiares.

Artículo 82. La Secretaría proporcionará información relativa al gasto en salud federal y estatal de acuerdo a las funciones del Sistema e identificando fuentes de financiamiento. Como parte de lo anterior, los Servicios Estatales de Salud deberán reportar la información correspondiente al nivel estatal, la cual será integrada con aquella que reporten a su vez la Secretaría y la Comisión. Con el fin de mantener homogeneidad en el reporte del gasto en salud, la Secretaría proporcionará los criterios metodológicos para la integración de los reportes estatales. La periodicidad de los informes será la establecida en las disposiciones aplicables en materia de información y rendición de cuentas.

Sección segunda
De las aportaciones para los servicios de salud a la persona

Artículo 83. El monto total de recursos federales correspondientes a la cuota social por familia beneficiaria a que hace referencia el artículo 77 Bis 12 de la Ley será determinado de forma anual conforme a lo establecido en el artículo 78 de este Reglamento.

Artículo 84. El monto correspondiente a la aportación solidaria estatal a que se refiere la fracción I del artículo 77 Bis 13 de la Ley, y mediante la cual se apoyará el financiamiento de los servicios de salud a la persona a que se refiere el artículo 7 de este Reglamento, se realizará por los gobiernos de las entidades federativas, con base en la legislación

estatal correspondiente, debiendo guardar correspondencia con lo establecido en el artículo 77 de este ordenamiento. Lo anterior sin menoscabo de otras aportaciones que los gobiernos de las entidades federativas decidan efectuar como parte de su gasto en salud para el financiamiento de éstos u otros servicios de salud.

Artículo 85. La medición de la aportación solidaria estatal se llevará a cabo conforme a la metodología utilizada por la Secretaría para efectos del seguimiento del gasto en salud a través del Sistema Nacional de Información en Salud. Esta metodología será precisada en los criterios y lineamientos aplicables en la materia y deberá ser consistente con los sistemas internacionales de clasificación del gasto en salud, y garantizar la homologación conceptual y contable de las aportaciones en salud entre entidades federativas.

La Secretaría deberá publicar en el Diario Oficial de la Federación la metodología, los criterios y los lineamientos a que se hace referencia en el párrafo anterior.

Artículo 86. Los gobiernos de las entidades federativas promoverán la concordancia en los conceptos y calendarios de los presupuestos estatales con los federales para relacionar los compromisos de recursos con base en el número de familias beneficiarias y la calendarización presupuestal. Para tales efectos, los gobiernos de las entidades federativas enviarán a la Comisión información sobre el presupuesto estatal aprobado por el congreso estatal y la calendarización correspondiente.

Artículo 87. Para efectos de realizar la aportación solidaria por parte del Gobierno Federal mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona a que hace referencia el artículo 77 Bis 13, fracción II, de la Ley, la fórmula a utilizar será la siguiente:

I. La Secretaría determinará anualmente el monto total de recursos federales disponibles para el fondo, previa aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por lo que se refiere a la congruencia con los criterios generales de política económica y la disponibilidad de recursos para el ejercicio fiscal correspondiente, respetando como monto disponible la aportación solidaria federal promedio nacional por familia equivalente a una y media veces el monto de la cuota social, conforme lo establece la fracción II del artículo 77 Bis 13 de la Ley y con base en el artículo 78 de este Reglamento;

II. El monto total anual de recursos federales asociados al fondo será distribuido entre las entidades federativas conforme a cada uno de los componentes señalados en la siguiente ecuación:

$$ASF_t = FASP_t = FASP_t^F + FASP_t^N + FASP_t^E + FASP_t^D \qquad (1)$$

En donde:

ASF_t = Aportación solidaria federal total en el año a presupuestar t;

$FASP_t$ = Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona en el año a presupuestar t;

$FASP_t^F = \alpha FASP_t$ = Componente de asignación por familia beneficiaria del Sistema en el año a presupuestar t;

$FASP_t^N = \beta FASP_t$ = Componente de asignación por necesidades de salud en el año a presupuestar t;

$FASP_t^E = \gamma FASP_t$ = Componente de asignación por esfuerzo estatal en el año a presupuestar t, y

$FASP_t^D = \phi FASP_t$ = Componente de asignación por desempeño en el año a presupuestar t.

Donde α, β, γ, ϕ son las fracciones del monto total del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona disponible en el año a presupuestar t que serán destinadas para distribuir el Fondo conforme a cada uno de los componentes señalados y que cumplen con las siguientes condiciones:

$$\alpha \in (0,1),\ \beta \in (0,1),\ \gamma \in (0,1),\ \phi \in (0,1) \text{ y } \alpha + \beta + \gamma + \phi = 1$$

III. La aportación solidaria federal para cada entidad federativa se definirá como la suma de las asignaciones que le correspondan como resultado de la distribución entre las entidades federativas incorporadas al Sistema de cada uno de los componentes señalados en la fracción anterior;

IV. A partir del monto de recursos disponible para el componente de asignación por familia beneficiaria del Sistema en el año a presupuestar, la asignación correspondiente a cada entidad federativa será proporcional al número de familias beneficiarias en la entidad, conforme a la siguiente ecuación:

$$FASP_{i,t}^F = FASP_t^F \left(\frac{F_{i,t}}{\sum_{i=1}^{n} F_{i,t}} \right) \qquad (2)$$

En donde:

$FASP_{i,t}^F$ = Asignación por familia beneficiaria para la entidad i en el periodo a presupuestar t;

$F_{i,t}$ = Número de familias beneficiarias del Sistema en la entidad i estimadas para el año a presupuestar t;

$\sum_{i=1}^{n} F_{i,t}$ = Total de familias beneficiarias del Sistema en las entidades federativas en el año a presupuestar t;

V. A partir del monto disponible para el componente de asignación por necesidades de salud en el año a presupuestar, la asignación correspondiente a cada entidad será proporcional a la población beneficiaria en la entidad ajustada por necesidades de salud, de conformidad con la siguiente ecuación:

$$FASP_{i,t}^N = FASP_t^N \left(\frac{N_{i,t}}{\sum_{i=1}^{n} N_{i,t}} \right) \qquad (3)$$

En donde:

$FASP_{i,t}^N$ = Asignación por necesidades de salud para la entidad i en el periodo a presupuestar t;

$N_{i,t}$ = Población beneficiaria de la entidad i en el periodo a presupuestar t, ajustada por necesidades de salud;

$\sum_{i=1}^{n} N_{i,t}$ = Total de población beneficiaria ajustada por necesidades de salud en las entidades federativas pertenecientes al Sistema, en el año a presupuestar t.

El ajuste por necesidades de salud de la población beneficiaria se efectuará con base en el conjunto de variables que se definan para medir las diferencias relativas entre entidades en las necesidades de salud de la población, identificando específicamente aquellas diferencias asociadas a la población infantil y a la población adulta. Lo anterior, conforme a la siguiente ecuación:

$$N_{i,t} = \theta m_{i,t}^{I} + (1-\theta)\, m_{i,t}^{A} \qquad (4)$$

En donde:

θ = Proporción del ajuste por necesidades de salud vinculado a la población infantil, tal que

$(1- \theta)$ = Proporción del ajuste por necesidades de salud vinculado a la población adulta;

$m^{I}_{i,\,t}$ = Población beneficiaria de la entidad i en el periodo a presupuestar t ajustada por el indicador de necesidades de salud asociadas a la población infantil;

$m^{A}_{i,\,t}$ = Población beneficiaria de la entidad i en el periodo a presupuestar t ajustada por el indicador de necesidades de salud asociadas a la población adulta;

VI. A partir del monto disponible para el componente de asignación por esfuerzo estatal en el año a presupuestar, la entidad federativa recibirá una asignación proporcional a las aportaciones adicionales que ésta realice. Por aportación adicional se entenderá el monto de recursos erogado para el financiamiento, tanto de los servicios de salud a la persona para las familias beneficiarias, como de los servicios de salud a la comunidad, en adición a lo establecido en el artículo 77 Bis 13 fracción I de la Ley y hasta por un monto equivalente a dos veces la aportación solidaria estatal definida en la Ley. Lo anterior, conforme a la siguiente ecuación:

$$FASP^{E}_{i,\,t} = FASP^{E}_{t}\left(\frac{e_{i,\,t}}{\sum_{i=1}^{n} e_{i,\,t}}\right) \qquad (5)$$

En donde:

$FASP^{E}_{i,\,t}$ = Asignación por esfuerzo estatal para la entidad i correspondiente al periodo a presupuestar t;

$e_{i,\,t} = E_{i,\,t-1} - E^{mín}_{i,\,t-1}$ = Aportación adicional a considerar para la entidad i en el año a presupuestar t, tal que:

$E_{i,\,t-1}$ = Monto de recursos aportado por la entidad i en el año fiscal inmediato anterior y que será considerado en el cálculo de la asignación en el año a presupuestar t; en este monto podrá considerarse el financiamiento tanto de los servicios de salud a la persona para la población beneficiaria, como de los servicios de salud a la comunidad;

$\left[E^{mín}_{i,\,t-1}\right]$ = Monto total de la aportación solidaria estatal definida conforme a la fracción I del artículo 77 Bis 13 de la Ley correspondiente a la entidad i en el año fiscal inmediato anterior y que será considerada en el cálculo de la asignación en el año a presupuestar t;[1]

$\left[\sum_{i=1}^{n} e_{i,\,t}\right.$ = Total de aportaciones adicionales de las entidades federativas pertenecientes al sistema en el año presupuestal t.$\left.\right]$

Para efectos de la medición de la aportación solidaria estatal se tomará en cuenta lo establecido en los artículos 78 y 85 de este Reglamento;

VII. A partir del monto disponible para el componente de asignación por desempeño en el año a presupuestar, la asignación correspondiente a cada entidad federativa será proporcional al desempeño de la entidad, conforme a la siguiente ecuación:

$$FASP^{D}_{i,\,t} = FASP^{D}_{t}\left(\frac{d_{i,\,t}}{\sum_{i=1}^{n} d_{i,\,t}}\right) \qquad (6)$$

En donde:

$FASP^{D}_{i,\,t}$ = Asignación por desempeño para la entidad i en el periodo a presupuestar t;

$d_{i,\,t}$ = Desempeño de la entidad i observado en el año fiscal inmediato anterior y que será considerado para la asignación del periodo a presupuestar t;

$\sum_{i=1}^{n} d_{i,\,t}$ = Total de desempeño de las entidades federativas pertenecientes al Sistema a considerar en la asignación del año a presupuestar t.

La variable de desempeño a utilizar será definida por la Secretaría tomando en cuenta el conjunto de variables necesario para medir de manera objetiva la cobertura efectiva de los servicios, considerando las dificultades intrínsecas, la disponibilidad de recursos y los logros asociados. Con base en la información disponible se deberá tomar en cuenta el grado de heterogeneidad en el desempeño observado al interior de la entidad;

VIII. La Secretaría determinará anualmente los parámetros α, β, γ, ϕ necesarios para definir la participación de cada uno de los componentes de asignación: por familia beneficiaria, por necesidades de salud, por esfuerzo estatal y por desempeño, respectivamente, como parte de la fórmula. Asimismo, definirá el valor del parámetro θ para definir la participación de los componentes del ajuste de necesidades de salud en función de la población infantil y adulta, respectivamente.

El factor α de dicha fórmula, correspondiente al componente de asignación por familia beneficiaria del Sistema no podrá ser menor al ochenta por ciento de la aportación solidaria federal, y

IX. La Secretaría dará a conocer anualmente, mediante publicación en el Diario Oficial de la Federación en el primer bimestre del año correspondiente y conforme a la aprobación del presupuesto federal, la información relativa al número de familias beneficiarias del Sistema, la población no derechohabiente de la seguridad social ajustada por necesidades de salud, las aportaciones solidarias estatales y el desempeño por entidad federativa, el peso porcentual de cada uno de los componentes de la fórmula establecida en este artículo, así como la metodología bajo la cual se llevó a cabo el cálculo correspondiente para cada ejercicio presupuestal.

Sección tercera
De las aportaciones para los servicios de salud a la comunidad

Artículo 88. Para efectos del establecimiento del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad a que se

[1] La versión publicada del DOF contiene un error en éste término. El término aquí presentado es el correcto.

[Nota del editor: la versión original del DOF tiene errores que se corrigen en la versión de este documento.]

refiere el artículo 77 Bis 20 de la Ley, la Secretaría tomará en cuenta lo establecido en los artículos 4 y 5 del presente Reglamento.

Artículo 89. Como órgano auxiliar de consulta y opinión para el establecimiento de los lineamientos de integración y operación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad y para la definición de aquellos criterios vinculados a la salud pública que deberán ser considerados para la instrumentación del Sistema, en el seno del Consejo deberá integrarse una Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad, en la que participarán adicionalmente los titulares de las áreas mayores de la Secretaría a cargo de la conducción de las acciones de prevención y control de enfermedades, promoción de la salud y de los servicios de salud a la comunidad, así como el Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Titular de la Comisión.

Artículo 90. La programación y presupuestación de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad al interior de las entidades federativas deberá considerar las prioridades establecidas en el Programa Sectorial de Salud en vigor, particularmente identificando los rezagos en salud y riesgos potenciales en salud. Estos recursos no podrán ser destinados a fines distintos a los establecidos para este Fondo.

Artículo 91. La determinación del monto anual de recursos para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad se realizará conforme a lo siguiente:

I. El monto de recursos disponibles para el fondo será determinado por la Secretaría con la opinión de la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad a que se refiere el artículo 89 de este Reglamento, previa aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por lo que se refiere a la congruencia con los criterios generales de política económica y la disponibilidad de recursos para el ejercicio fiscal respectivo, en correspondencia con los recursos necesarios para llevar a cabo las actividades definidas en el artículo 5 del presente Reglamento, y

II. El monto de recursos disponibles para el fondo se incrementará anualmente conforme a la disponibilidad de recursos para el ejercicio fiscal respectivo, previa aprobación en los términos de la fracción anterior y tomando en consideración el crecimiento esperado en la población nacional determinado por las proyecciones realizadas por la dependencia designada por el Poder Ejecutivo Federal como responsable de medir y estimar el crecimiento de la población.

Artículo 92. El monto total asignado para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad durante el ejercicio fiscal t será igual al del año inmediato anterior más el incremento señalado en la fracción II del artículo 91 de este Reglamento, conforme a la siguiente ecuación:

$$FASC_t = FASC_{t-1} + \Delta\, FASC_{t-1} \qquad (1)$$

En donde:

$FASC_t$ = Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, determinado para el año a presupuestar t;

$FASC_{t-1}$ = Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, determinado para el año inmediato anterior a presupuestar, t-1;

$\Delta\, FASC_{t-1}$ = Incremento total en el monto de recursos autorizado para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad según la fracción II del artículo 91 del presente Reglamento, adicional al monto total de recursos disponibles para el fondo en el año inmediato anterior.

Artículo 93. La distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad entre las entidades federativas se determinará conforme al siguiente procedimiento:

I. Cada entidad federativa recibirá el monto que se le asignó como Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad durante el ejercicio fiscal del año inmediato anterior, más la participación que le corresponde del incremento al que se refiere la fracción II del artículo 91 del presente Reglamento, con base en la participación de la población total de esa entidad federativa respecto a la población total de las entidades federativas incorporadas al Sistema, multiplicada por un factor de ajuste, conforme a la siguiente fórmula:

$$FASC_{i,\,t} = FASC_{i,\,t-1} + \left(\frac{n_{i,\,t}}{\sum_{i=1}^{n} n_{i,\,t}} \right) F_{i,\,t} * \Delta\, FASC_{t-1} \qquad (2)$$

En donde:

$FASC_{i,\,t}$ = Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad que le corresponde a la entidad federativa i en el año a presupuestar t;

$FASC_{i,\,t-1}$ = Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad asignado a la entidad federativa i en el año fiscal inmediato anterior, t-1;

$[n_{i,\,t}$ = Población total de la entidad federativa i estimada para el año a presupuestar t;

$[\sum_{i=1}^{n} n_{i,\,t}$ = Total de la población de las entidades federativas incorporadas al sistema para el año presupuestal t;]

$F_{i,\,t}$ = Factor de ajuste relativo correspondiente a la entidad federativa i en el año a presupuestar t, el cual se determina con base en un índice de riesgo sanitario estatal y un índice de eficiencia de los programas de salud pública;

$\Delta\, FASC_{t-1}$ = Incremento total en el monto de recursos autorizado para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad según la fracción II del artículo 91 del presente Reglamento, adicional al monto total de recursos disponibles para el fondo en el año inmediato anterior.

II. La población total a considerar en la fórmula será aquella proyectada a mitad del año a presupuestar para cada entidad federativa, por la dependencia del Ejecutivo Federal competente responsable de medir y evaluar el crecimiento de la población;

III. La Secretaría, con la opinión de la Comisión Permanente a que se refiere el artículo 89 de este Reglamento, definirá la metodología a utilizar para estimar el factor de ajuste relativo para la distribución del incremento autorizado en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad entre las entidades federativas incorporadas al Sistema, y

IV. La Secretaría dará a conocer anualmente, conforme a la aprobación del presupuesto federal, la información utilizada así como la metodología bajo la cual se llevó a cabo el cálculo correspondiente para el ejercicio presupuestal.

[Nota del editor: la versión original del DOF tiene errores que se corrigen en la versión de este documento.]

Artículo 94. El financiamiento de las actividades y servicios considerados en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad podrá ser complementado por otras erogaciones de las entidades federativas como parte de su gasto estatal en salud. Dichas erogaciones serán consideradas como parte del gasto estatal en salud de acuerdo a los lineamientos establecidos para tal efecto por la Secretaría, pero no podrán ser contabilizadas específicamente como parte de la aportación solidaria estatal a que se refiere el artículo 77 Bis 13 de la Ley.

Capítulo II
Del fondo de protección contra gastos catastróficos

Artículo 95. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos a que se refieren los artículos 77 bis 17 y 77 bis 29 de la Ley, es un fondo sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos para los prestadores de servicios de salud del Sistema.

Artículo 96. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se administrará y operará por la Comisión con base en el fideicomiso que constituya el Ejecutivo Federal para la administración de este fondo y de la previsión presupuestal anual.

Artículo 97. Los recursos referidos en el artículo 77 Bis 17 de la Ley serán canalizados por el Gobierno Federal al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, de sus aportaciones al Sistema, por medio del fideicomiso que al efecto constituya el Ejecutivo Federal, cuyo monto equivaldrá al ocho por ciento de la suma de la cuota social, de la aportación solidaria federal y de la aportación solidaria estatal. Durante el ejercicio fiscal deberán realizarse los ajustes y compensaciones necesarios de las aportaciones que correspondan tanto al Gobierno Federal como a las entidades federativas, en términos de la Ley, conforme lo determina el artículo 80 del presente Reglamento.

Para efectos de lo anterior, el Gobierno Federal entregará a las entidades federativas el monto que por concepto de cuota social les corresponda de conformidad con la Ley, una vez descontado el monto de recursos equivalente al ocho por ciento de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal que le corresponda a cada una de las entidades federativas.

Artículo 98. La Secretaría, con cargo a su presupuesto aprobado y previa autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como las entidades federativas podrán destinar recursos adicionales a los establecidos en la Ley, al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Asimismo, otras instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales podrán aportar recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos conforme a lo dispuesto en las reglas de operación del fideicomiso.

Las aportaciones adicionales a que se refiere este artículo, provenientes de las entidades federativas, serán consideradas para efectos de la fracción VI del artículo 87 del presente Reglamento.

Artículo 99. Las enfermedades cuyo tratamiento es de alto costo que generan gastos catastróficos para los prestadores de servicios del Sistema son aquellas que cumplen con lo establecido en el artículo 77 Bis 29 de la Ley. Para fines del presente capítulo dichas enfermedades se denominarán gastos catastróficos.

La definición de las enfermedades, los tratamientos, los medicamentos y los materiales asociados que generan gastos catastróficos será responsabilidad exclusiva del Consejo de Salubridad General, estará sujeta a revisión y actualización periódica y considerará los criterios señalados en el artículo 77 Bis 29 de la Ley, así como los siguientes criterios:

I. Efectividad y costo. Las intervenciones y los medicamentos propuestos para gastos catastróficos deben ser costo-efectivos;

II. Peso de la enfermedad. Este criterio mide las pérdidas de salud debidas tanto a mortalidad prematura como a discapacidad en sus diferentes grados. Para identificar el peso de la enfermedad asociada a los gastos catastróficos serán considerados los siguientes factores: la mortalidad por causas y por grupos de edad, la mortalidad hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, las causas de egreso hospitalario, el número de casos registrados de la enfermedad y la discapacidad producida por la enfermedad;

III. Seguridad y eficacia. Todos los medicamentos e intervenciones propuestos para gastos catastróficos deben ser clínicamente probados. No se propondrán intervenciones o medicamentos en estudio o en proceso de investigación clínica;

IV. Aceptabilidad social. Para los gastos catastróficos se deben considerar el daño a la salud del beneficiario afectado, así como la repercusión social y familiar, especialmente cuando éstas afectan a grupos vulnerables. Los grupos vulnerables son los niños menores de cinco años, las mujeres en periodo de gestación o lactancia, los adultos mayores de sesenta y cuatro años y las personas con discapacidad;

V. Adherencia a normas éticas profesionales. Se considerarán los antecedentes éticos-médicos de las intervenciones propuestas para tratar enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos y no se incluirá ninguna intervención que se aparte de los códigos de ética de las profesiones de la salud, y

VI. Evolución de la enfermedad. En la definición de los gastos catastróficos, se deberán identificar las fases o etapas en que pueden encontrarse las enfermedades, así como los eventos que pueden producir altos costos en su atención.

Artículo 100. Los gastos catastróficos definidos por el Consejo de Salubridad General serán incluidos por la Secretaría en la cobertura del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en forma gradual. La secuencia y alcance de estos servicios responderá a criterios de disponibilidad de los recursos del citado fondo y aquellos que determine al efecto la Secretaría de acuerdo a la Ley.

Artículo 101. Para la operación del Sistema, los gastos catastróficos que estén cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos quedarán señalados específicamente por la Comisión en un listado independiente del listado de servicios esenciales de salud y con base en los gastos catastróficos definidos por el Consejo de Salubridad General. Dicho listado se presentará como Catálogo de intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y de cada una de ellas deberán señalarse sus efectos derivados, las intervenciones que serán cubiertas, así como los medicamentos y materiales asociados con dichas intervenciones.

Artículo 102. Los medicamentos y materiales asociados a gastos catastróficos considerarán lo establecido en el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, establecidos conforme al artículo 28 de la Ley. Lo anterior de ninguna manera limitará la consideración de otros medicamentos o materiales que el Consejo de Salubridad General juzgue indispensables para la atención de algún gasto catastrófico.

Artículo 103. Para la mejor atención de los gastos catastróficos, los prestadores de servicios de atención médica deberán utilizar guías clínico-terapéuticas, sustentadas en medicina basada en evidencia científica y aprobadas por la Comisión, permitiendo homogeneizar criterios de atención para una mejor práctica médica, y en cuya elaboración participarán profesionales expertos en la materia. Los gastos y el alcance de las intervenciones que cubrirá el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos serán definidos con base en dichas guías clínico-terapéuticas.

Artículo 104. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos cubrirá los gastos generados exclusivamente por los beneficiarios del Sistema, conforme a las tarifas que al respecto establezca la Comisión en vinculación con las guías clínico-terapéuticas señaladas en el artículo 103 de este Reglamento a los prestadores de servicios autorizados incorporados al Sistema, conforme a las reglas de operación del fideicomiso.

Artículo 105. Con el fin de garantizar la operación, la Comisión podrá adoptar recomendaciones en relación con el desarrollo de acciones preventivas y otras disposiciones que fomenten la atención oportuna de los gastos catastróficos a que se refiere este Capítulo en sus etapas tempranas.

Artículo 106. Solamente aquellos establecimientos para la atención médica que cumplan con lo estipulado en el artículo 24 del presente Reglamento podrán ser consideradas para fungir como prestadores de los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Así mismo, cuando se trate de unidades vinculadas con el Plan Maestro de Infraestructura, se cumplirá con lo establecido en los artículos 31 a 39 del presente Reglamento.

Capítulo III
De la previsión presupuestal anual

Sección primera
Generalidades

Artículo 107. La previsión presupuestal anual referida en el artículo 77 Bis 18 de la Ley es un fondo con límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento para la atención de las necesidades de infraestructura en entidades federativas con mayor marginación social, para diferencias imprevistas en la demanda de servicios y para la garantía de pago interestatal de servicios.

Artículo 108. La previsión presupuestal anual se administrará y operará por la Comisión a través del fideicomiso que constituya el Ejecutivo Federal para la administración de esta previsión presupuestal y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Artículo 109. Los recursos referidos en el artículo 77 Bis 18 de la Ley serán canalizados por el Gobierno Federal, de sus aportaciones al Sistema, al fideicomiso que al efecto constituya el Ejecutivo Federal. Durante el ejercicio fiscal deberán realizarse los ajustes y compensaciones necesarios de las aportaciones que correspondan tanto al Gobierno Federal como a las entidades federativas, conforme lo determina el artículo 80 del presente Reglamento.

Para efectos de lo anterior, el Gobierno Federal entregará a las entidades federativas el monto que por concepto de cuota social les corresponda de conformidad con la Ley, una vez descontado el monto de recursos equivalente al tres por ciento de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal que le corresponda a cada una de las entidades federativas.

Artículo 110. Los términos bajo los cuales los recursos sin ejercer al cierre del año fiscal correspondientes a cualquiera de los tres rubros contenidos en la previsión presupuestal anual serán transferidos anualmente al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos conforme al artículo 77 Bis 18 de la Ley, seguirán lo establecido en las reglas de operación del fideicomiso.

Sección segunda
Necesidades de infraestructura de atención primaria y especialidades básicas

Artículo 111. La definición de las necesidades de infraestructura de atención primaria y especialidades básicas en las entidades federativas con áreas de mayor marginación social se supeditará a lo establecido en los artículos 31 a 39 del presente Reglamento.

Artículo 112. La transferencia referida en el artículo 77 Bis 18 de la Ley para cubrir necesidades de infraestructura de atención primaria y especialidades básicas en las entidades federativas con mayor marginación social se aplicará siguiendo las reglas de operación del fideicomiso.

Para la identificación de las entidades federativas con mayor marginación social se aplicarán los criterios metodológicos que la Secretaría emita al respecto y publique en el Diario Oficial de la Federación. Dichos criterios considerarán la discrepancia entre las necesidades de salud y la capacidad instalada de atención en cada entidad federativa.

Sección tercera
Diferencias imprevistas en la demanda de servicios

Artículo 113. Las diferencias imprevistas en la demanda de servicios se relacionan con los gastos que rebasan la capacidad de respuesta financiera que un Régimen Estatal tiene para atender a los beneficiarios del Sistema bajo condiciones normales de operación.

La capacidad de respuesta financiera de un Régimen Estatal a que se refiere este artículo, está determinada por los recursos que le corresponden, conforme a lo establecido en la Ley, para la prestación de servicios esenciales del Sistema.

Artículo 114. Los servicios esenciales que estarán cubiertos bajo el concepto de diferencias imprevistas en la demanda de servicios serán aquellos que se brinden a los beneficiarios del Sistema en las unidades médicas incorporadas al Sistema. Los recursos que se transfieran a las entidades por este concepto no serán restituidos a la previsión presupuestal por ninguna otra fuente de ingresos.

Artículo 115. Para evitar la duplicidad en el pago de servicios brindados, los servicios cubiertos por el concepto de diferencias imprevistas en la demanda de servicios excluyen a los servicios que estén cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos o por los servicios de salud a la comunidad.

Artículo 116. La aplicación de los recursos referidos en el artículo 77 Bis 18 de la Ley para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios seguirá lo dispuesto en las reglas de operación del fideicomiso, previa solicitud de la entidad federativa afectada y sujeto a la disponibilidad de recursos en la previsión presupuestal.

Artículo 117. En la aplicación de recursos económicos, los relativos a atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios, tendrán precedencia sobre los relativos a garantía de pago interestatal de servicios.

Sección cuarta
Garantía de pago interestatal de servicios

Artículo 118. La garantía de pago es un mecanismo que apoya la compensación económica por incumplimiento de las condiciones de pago establecidas en los convenios de colaboración interestatal del Sistema.

Artículo 119. La garantía de pago se aplicará exclusivamente en aquellos casos en donde exista un convenio vigente de colaboración interestatal del Sistema.

Artículo 120. La garantía de pago por incumplimiento de las condiciones de pago por un Régimen Estatal repondrá al Régimen Estatal acreedor el monto equivalente a la deuda de su contraparte deudora, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 118 del presente Reglamento y con cargo a los recursos del fideicomiso a que se refiere el artículo 121 de este ordenamiento.

Artículo 121. La aplicación de la garantía de pago, previa disponibilidad de recursos, se realizará mediante solicitud de la parte acreedora al fideicomiso que al efecto se establezca, previo agotamiento de las instancias establecidas en los convenios de colaboración interestatal del Sistema. Los criterios de aplicación estarán especificados en las reglas de operación del fideicomiso.

El total de las erogaciones que con cargo al referido fideicomiso se realicen para cumplir con las obligaciones de un Régimen Estatal, más los gastos administrativos respectivos, se descontarán al final del trimestre correspondiente de los recursos que a dicho Régimen Estatal le corresponda recibir por concepto de cuota social.

Capítulo IV
De las cuotas familiares y reguladoras

Artículo 122. Las familias contribuirán de manera solidaria al financiamiento del Sistema mediante el pago de las cuotas familiares establecidas en el artículo 77 Bis 21 de la Ley.

En virtud de lo establecido en el artículo 77 Bis 26 de la Ley, se establecerá un régimen no contributivo que se aplicará a las familias con insuficiente ingreso o la carencia de éste, conforme a lo que establece el artículo 127 de este Reglamento.

Artículo 123. En adición, y con independencia de la aportación realizada a través de la cuota familiar, los beneficiarios podrán ser sujetos del pago de cuotas reguladoras conforme a lo señalado en el artículo 77 Bis 28 de la Ley.

La cuota reguladora es la aportación cuyo objetivo es promover el uso razonado de los servicios y los insumos para la salud.

Artículo 124. La Comisión establecerá los niveles de cuotas familiares que serán utilizados por decil de la distribución del ingreso, conforme a lo establecido en el artículo 77 Bis 5, inciso A, fracción VI de la Ley.

Los criterios y la metodología utilizada para establecer los niveles de cuotas familiares serán definidos por la Comisión en los lineamientos correspondientes. Para lo anterior, se tomará en cuenta el nivel de ingreso familiar promedio que se estime a nivel nacional para cada decil de la distribución del ingreso. Para ello, se utilizará la información disponible de encuestas representativas a nivel nacional que contengan información de ingresos y gastos de los hogares generadas por las dependencias del Ejecutivo Federal responsables de ello.

Artículo 125. El monto que corresponderá pagar por concepto de cuota familiar a cada familia beneficiaria o en su caso, la determinación de su sujeción al régimen no contributivo, se determinará cada tres años a partir del instrumento de evaluación socioeconómica que para tales efectos establecerá la Comisión, de conformidad con el artículo 77 Bis 5, inciso A fracción IX de la Ley.

Artículo 126. Para efectos de lo anterior, y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 77 Bis 25 de la Ley, el instrumento de evaluación socioeconómica deberá permitir lo siguiente:

I. Clasificar a las familias beneficiarias conforme a su nivel socioeconómico, para lo cual se utilizarán deciles de la distribución del ingreso, y
II. Determinar la capacidad de pago por familia beneficiaria a partir de su ingreso.

Artículo 127. Serán sujetos del régimen no contributivo aquellas familias ubicadas en los deciles I y II de la distribución de ingreso, conforme lo determine la Comisión en los lineamientos correspondientes.

La Secretaría, con cargo a su presupuesto aprobado y previa autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como las entidades federativas u otros terceros solidarios podrán realizar aportaciones para cubrir la cuota familiar de las familias sujetas al régimen no contributivo. Estos recursos no podrán ser considerados como parte de la aportación solidaria estatal o federal, ni de la cuota social.

Adicionalmente, se podrán considerar sujetos de incorporación al régimen no contributivo aquellas familias que cumplan cualquiera de los siguientes supuestos:

I. Ser beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal, residentes en localidades rurales;
II. Ser residentes de localidades de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes, y
III. Otros supuestos que fije la Comisión.

La Comisión o los Regímenes Estatales, según su ámbito de competencia, deberán estar en capacidad de corroborar, mediante sustentos metodológicos, el cumplimiento de los supuestos señalados en las fracciones I a III anteriores. La verificación de pertenencia al padrón de beneficiarios de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal para las familias sujetas al régimen no contributivo se realizará anualmente.

Artículo 128. Las cuotas familiares que los beneficiarios del Sistema deben cubrir para ser incorporados, serán sufragadas de manera anticipada, anual y progresiva, pudiendo liquidarse de manera trimestral.

Artículo 129. Las cuotas familiares serán recibidas directamente por los Regímenes Estatales y se destinarán para el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para el Sistema.

Artículo 130. Los Regímenes Estatales deberán informar trimestralmente a la Comisión del manejo y destino de las cuotas familiares, de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida la Secretaría.

Artículo 131. Solamente el Consejo de Salubridad General podrá establecer las cuotas reguladoras señaladas en el artículo 77 Bis 28 de la Ley.

Artículo 132. Las cuotas reguladoras serán aplicables en todos los Regímenes Estatales.

Artículo 133. Los recursos recaudados por los Regímenes Estatales por concepto de cuotas reguladoras, una vez cubiertos los costos de su registro y proceso, se destinarán para financiar el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para la operación del Sistema, conforme a lo establecido por los artículos 77 Bis 22 y 77 Bis 23 de la Ley.

Artículo 134. Los Regímenes Estatales deberán incluir como parte de la información señalada en el artículo 130 de este Reglamento, los montos recaudados y el destino de los recursos provenientes de cuotas reguladoras.

Artículo 135. La Comisión será responsable de efectuar la revisión anual de las cuotas familiares con base en la información que para tales efectos proporcionen los Regímenes Estatales y considerando lo establecido en el artículo 77 Bis 5, inciso A, fracción VI de la Ley.

Artículo 136. El Consejo de Salubridad General dispondrá en los lineamientos que para el efecto emita la forma en que se realizará la revisión anual de las cuotas reguladoras, con base en la información que para tales efectos proporcione la Comisión, en los términos de lo establecido en el artículo 77 Bis 28 de la Ley.

Artículo 137. La prestación de servicios de salud no incluidos en los servicios cubiertos por el Sistema conforme a lo establecido en los artículos 4 al 11 de este Reglamento, se sujetará al pago de cuotas de recuperación conforme a lo establecido en el artículo 38 de la Ley. En este caso, los Regímenes Estatales deberán utilizar el instrumento establecido por la Comisión para evaluar la condición socioeconómica de los beneficiarios, y con base en ello podrán eximir, en su caso, a las familias beneficiarias del pago de la cuota correspondiente.

Capítulo V
De la transparencia, control y supervisión en el manejo de los recursos

Artículo 138. Para los efectos del artículo 77 Bis 31 de la Ley, los Regímenes Estatales, a través de sus áreas de atención al público, recibirán y evaluarán las propuestas que realicen los beneficiarios respecto de la aplicación de sus cuotas.

Artículo 139. Los Regímenes Estatales pondrán a disposición del público por medios remotos o locales, de comunicación electrónica, la información relativa al manejo financiero del Sistema.

Artículo 140. El informe a que se refiere el artículo 77 Bis 31, último párrafo, de la Ley, será presentado al Congreso de la Unión por la Secretaría y deberá contener el universo, la cobertura, los servicios ofrecidos, así como información sobre el manejo financiero del Sistema. Dicho informe deberá presentarse en los meses de enero y julio de cada año.

TRANSITORIOS

Primero. El presente Reglamento entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. Para efectos de lo establecido en el artículo 21 de este Reglamento, los Regímenes Estatales suscribirán los convenios de gestión con los establecimientos para la atención médica acreditados que se incorporen como prestadores de servicios del Sistema, de manera gradual. Lo anterior, sin menoscabo de las asignaciones presupuestales que les correspondan para efectos de garantizar la prestación de los servicios.

Tercero. La Acreditación a que se refiere este Reglamento operará como antecedente previo a la certificación del establecimiento por el Consejo de Salubridad General.

Cuarto. Para efectos de lo establecido en el artículo 24 de este Reglamento se utilizarán los Criterios para la Certificación de Hospitales establecidos para tal efecto por el Consejo de Salubridad General, o cualquier otra disposición que aplique sobre esta materia.

Quinto. Para efectos de lo establecido en el artículo 26 del presente Reglamento, la Secretaría deberá emitir el Manual para la Acreditación de Capacidad, Seguridad y Calidad en un plazo que no excederá de noventa días naturales contados a partir de la entrada en vigor de este Reglamento.

Sexto. Los Regímenes Estatales, con el apoyo de la Secretaría, deberán realizar las acciones conducentes para que la totalidad de los directores médicos y administrativos de los establecimientos para la atención médica del Sistema cuenten con estudios de formación directiva, por lo menos a nivel de diplomado o equivalente.

Séptimo. Para los efectos de los artículos 32 y 34 del presente Reglamento, la Secretaría presentará a consideración del Consejo el Plan Maestro de Infraestructura en un plazo que no excederá de seis meses contados a partir de la entrada en vigor de este Reglamento, considerando un escenario de diez años en los aspectos relativos a la remodelación, equipamiento de alta tecnología y obra nueva en infraestructura básica.

Octavo. Para efectos de lo establecido en los artículos 49 y 51 del presente Reglamento, la Comisión deberá emitir los lineamientos y mecanismos relativos al padrón de beneficiarios en un plazo que no excederá de noventa días naturales contados a partir de la entrada en vigor de este Reglamento.

Noveno. Para efectos de lo establecido en los artículos 54 y 57 del presente Reglamento, la Comisión emitirá los lineamientos relativos al sistema de información sobre satisfacción de afiliados, en un plazo que no excederá de noventa días naturales contados a partir de la entrada en vigor de este Reglamento.

Décimo. Durante el periodo de transición, mediante el cual se ampliarán de manera gradual los servicios esenciales de salud, así como los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, se aplicará la estructura de cuotas de recuperación vigente para todos aquellos servicios o intervenciones no cubiertos por el Sistema.

Décimo Primero. El Consejo de Salubridad General podrá contratar servicios especializados para el cotejo de padrones señalado en el artículo 52 de este Reglamento. El pago de dichos servicios deberá ser con cargo a los recursos del Sistema.

Décimo Segundo. La metodología a que se refiere el artículo 85 del presente Reglamento deberá publicarse en un plazo que no excederá de noventa días naturales contados a partir de la entrada en vigor de este Reglamento.

Décimo Tercero. En tanto se desarrollen las guías clínico-terapéuticas mencionadas en el artículo 103 del presente Reglamento, la determinación de los gastos catastróficos a cubrir seguirá los criterios que al efecto se especifiquen en las reglas de operación del fideicomiso.

El financiamiento del tratamiento de gastos catastróficos cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos será para los nuevos casos diagnosticados a partir de la entrada en

vigor de la Ley. Para los casos diagnosticados en fecha previa a la entrada en vigor de la Ley, se aplicará el esquema de cuotas de recuperación conforme al nivel socioeconómico en que haya sido clasificado el beneficiario al momento de su afiliación al Sistema. En cualquiera de ambas situaciones la atención médica no podrá condicionarse, demorarse o negarse para el beneficiario por razones de financiamiento.

Décimo Cuarto. Para efectos de dar cumplimiento a lo establecido en los transitorios Décimo Segundo y Décimo Tercero de la Ley, así como en los artículos 76 a 140 de este Reglamento, y durante el proceso de transición mediante el cual se afiliará al Sistema de manera gradual la totalidad de población no derechohabientes de la seguridad social, se utilizará el siguiente mecanismo de asignación presupuestal:

I. Aquellas entidades federativas que no hayan firmado el acuerdo de coordinación de adhesión al Sistema a que se refiere el artículo 77 Bis 6 de la Ley, continuarán recibiendo los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud conforme a lo establecido en la Ley de Coordinación Fiscal;

II. En el caso de las entidades federativas que se adhieran al Sistema mediante la firma del acuerdo de coordinación correspondiente, se establecerá en dicho acuerdo un esquema de transición presupuestal, sujetándose a los recursos autorizados expresamente para tal efecto en el Presupuesto de Egresos de la Federación del ejercicio fiscal correspondiente, conforme a lo siguiente:

i. La entidad federativa recibirá recursos de origen federal por los siguientes conceptos: asignación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad; la cuota social y la aportación solidaria federal en correspondencia con el número de familias beneficiarias en dicho año y sus respectivas vigencias de derechos; y los recursos para garantizar la continuidad de la atención de las familias no derechohabientes de la seguridad social no incorporadas al Sistema;

ii. La cuantificación de los recursos federales adicionales necesarios para hacer efectiva la aportación solidaria federal considerará -además de los recursos que del FASSA 2003 se destinaron a la prestación de servicios de salud a la persona para las familias beneficiarias- criterios de alineación programática a nivel federal. Para ello, se podrán contabilizar como parte de la aportación solidaria federal aquellos recursos de programas federales dirigidos a la población no derechohabiente de la seguridad social que se destinan a la prestación de servicios de salud a la persona para las familias beneficiarias;

iii. Los recursos para financiar la atención de la población no derechohabiente de la seguridad social no incorporada aún al Sistema serán asignados con base en los recursos ejercidos en el año 2003 del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud que se destinaron a la prestación de servicios de salud a la persona para la población a que se refiere esta fracción, descontando lo correspondiente al número de familias incorporadas y aquellas que se prevea incorporar al Sistema en el ejercicio fiscal correspondiente conforme al calendario establecido para tales efectos. Estos recursos serán actualizados anualmente por inflación e incremento salarial;

iv. El monto de recursos que se destine al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad en cada entidad federativa, deberá considerar como punto de partida al menos el monto asignado del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud para la prestación de servicios de salud a la comunidad durante el ejercicio fiscal del 2003 o del año inmediato anterior al que se firme el Acuerdo de Coordinación, y

v. La suma de los conceptos señalados en las fracciones anteriores, sin considerar a la cuota social, deberá ser equivalente por lo menos al monto total de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud autorizados en el año 2003.

Décimo Quinto. Para los efectos de los artículos 124, 125, 127 y 130 del presente Reglamento, la Comisión deberá emitir los lineamientos para establecer los niveles de cuotas familiares y para informar sobre el manejo y destino de las cuotas familiares, así como el instrumento para evaluar el nivel socioeconómico en un plazo que no excederá de noventa días naturales contados a partir de la entrada en vigor del mismo.

Décimo Sexto. La Secretaría realizará estudios piloto con el objetivo de apoyar al Consejo de Salubridad General en la definición de las reglas de carácter general a considerar para el establecimiento de las cuotas reguladoras a que se refiere el artículo 77 Bis 28 de la Ley.

Décimo Séptimo. Conforme a lo establecido en el Décimo Sexto transitorio de la Ley, las familias atendidas en el Programa IMSS-Oportunidades podrán incorporarse al Sistema, en tales supuestos la atención médica será prestada a través de los establecimientos para la atención médica de dicho Programa.

Los servicios brindados por el Programa corresponderán a los servicios esenciales de salud determinados por la Secretaría para el Sistema. Cada entidad federativa realizará, por conducto del Régimen Estatal correspondiente, directamente al Instituto Mexicano del Seguro Social, en los términos de la Ley, la compensación económica por los servicios prestados por el Programa en sus establecimientos para la atención médica acreditados, una vez descontada la asignación presupuestaria por familia correspondiente al apoyo que el Gobierno Federal otorga al Programa en cada entidad federativa.

Para efectos de la compensación mencionada en este artículo, la Comisión comunicará a cada Régimen Estatal el número de familias del Programa incorporadas al Sistema, así como el apoyo por familia otorgado al Programa por el Gobierno Federal. Al término de cada trimestre la Comisión verificará que las entidades federativas hayan cumplido con el pago completo y oportuno de las obligaciones derivadas de la aplicación de este artículo.

Décimo Octavo. Todas las disposiciones de carácter general que para efectos del Sistema de Protección Social en Salud, emitan las autoridades federales con base en la Ley y el presente Reglamento, deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación para su debida observancia.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los treinta días del mes de marzo de dos mil cuatro.- **Vicente Fox Quesada**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud, **Julio Frenk Mora**.- Rúbrica.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **José Francisco Gil Díaz**.- Rúbrica.

AL.4

REGLAMENTO INTERNO DEL CONSEJO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DEL 7 DE JULIO DE 2004

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en los artículos 77 BIS 1, 77 BIS 33 y 77 BIS 34 de la Ley General de Salud, he tenido a bien expedir el siguiente

Reglamento Interno
Del Consejo Nacional de Proteccion Social en Salud

Capítulo I
Disposiciones generales

Artículo 1. El objeto del presente Reglamento es establecer las atribuciones, organización y funcionamiento del Consejo Nacional de Protección Social en Salud como un órgano colegiado consultivo de la Secretaría de Salud respecto de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud.

Artículo 2. Cuando este Reglamento haga referencia a la Secretaría, al Consejo, al Sistema o a la Ley, se entenderá hecha a la Secretaría de Salud, al Consejo Nacional de Protección Social en Salud, al Sistema de Protección Social en Salud y a la Ley General de Salud, respectivamente.

Artículo 3. Corresponde al Consejo:

I. Opinar, a solicitud de la Secretaría, respecto del funcionamiento del Sistema;
II. Proponer, a petición de la Secretaría, las medidas para mejorar el funcionamiento del Sistema;
III. Opinar sobre la propuesta para designar al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
IV. Acordar la creación de grupos de trabajo para el análisis y estudio de temas que el propio Consejo estime necesarios;
V. Aprobar el programa anual de trabajo del Consejo, y
VI. Las demás que le señalen otros ordenamientos jurídicos.

Capítulo II
De la integración

Artículo 4. El Consejo estará conformado por los siguientes integrantes:

I. El Secretario de Salud, quien lo presidirá;
II. El Secretario de Desarrollo Social;
III. El Secretario de Hacienda y Crédito Público;
IV. El Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social;
V. El Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
VI. El Secretario del Consejo de Salubridad General, y
VII. Los Titulares de los Servicios Estatales de Salud de cinco entidades federativas participantes del Sistema y que representen a las distintas regiones del país.

El Titular de la Secretaría de la Función Pública asistirá como invitado permanente a las sesiones del Consejo con derecho a voz y sin voto, quien podrá designar a un servidor público para que asista en su representación.

El Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría contará con un representante invitado permanentemente a las sesiones con derecho a voz.

Artículo 5. Para los efectos de la integración del Consejo, la Secretaría definirá, con base en criterios geográficos y epidemiológicos, las cinco regiones en que se subdividirá el país y difundirá la distribución regional en el seno del propio órgano colegiado.

Artículo 6. La participación de los Titulares de los Servicios Estatales de Salud mencionados en la fracción VII del artículo 4o., se sujetará a las siguientes reglas:

I. Una vez definidas las cinco regiones, el Secretario de Salud invitará de manera oficial a un Titular de los Servicios Estatales de Salud de cada región, con el objeto de integrar el Consejo;
II. En la integración del Consejo, sólo podrá haber una entidad federativa representativa de cada región;
III. La permanencia y participación de los representantes de las entidades federativas dentro del Consejo será de un año, mismo que podrá ser prorrogable por una sola vez a invitación expresa del Presidente del Consejo. En la renovación del Consejo, la sustitución de los representantes regionales será escalonada, de tal forma que existan por lo menos dos integrantes del Consejo cuya sustitución suceda un año después de haber ingresado los nuevos tres integrantes de las regiones restantes, y
IV. La invitación para renovar o permanecer como integrante del Consejo, deberá de hacerse en el último mes del año inmediato anterior al periodo en que tomarán posesión los nuevos integrantes.

Artículo 7. Para los efectos de la representación sindical en el Consejo, se requerirá al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría, para que designe de manera oficial a su representante y a su suplente.

Artículo 8. El Presidente del Consejo podrá invitar por sí o a petición de alguno de sus integrantes, a cualquier persona o institución de los sectores público, social o privado que por sus conocimientos y experiencia puedan coadyuvar con el Consejo en la realización de sus funciones. Estas personas tendrán derecho a voz pero no a voto.

Artículo 9. El Presidente del Consejo será suplido en sus ausencias por el servidor público de la Secretaría que él designe.

Artículo 10. Los integrantes del Consejo podrán nombrar a sus suplentes, quienes deberán tener, en el orden jerárquico de que se trate, el grado inmediato inferior al suyo y ser acreditados de forma oficial.

Artículo 11. El Consejo contará con un Secretario Técnico que será designado por el Secretario de Salud.

Capítulo III
De las atribuciones de los miembros del Consejo

Artículo 12. Corresponde al Presidente del Consejo:
I. Convocar, por conducto del Secretario Técnico, a la celebración de sesiones ordinarias y extraordinarias;
II. Presidir las sesiones del Consejo y moderar los debates de los asuntos a tratar;
III. Proponer al Consejo, para su aprobación, el calendario anual de sesiones ordinarias;
IV. Elaborar el orden del día de las sesiones;
V. Proponer al Consejo, para su aprobación, la creación de grupos de trabajo para analizar temas específicos y coordinar sus actividades;
VI. Proponer al Consejo, para su aprobación, el programa anual de trabajo del órgano colegiado;
VII. Aprobar y firmar las actas de las sesiones, así como vigilar el cumplimiento y seguimiento de los acuerdos del Consejo, y
VIII. Las demás que se fijan en la Ley, en este Reglamento y que sean necesarias para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 13. Corresponde a los integrantes del Consejo:
I. Asistir a las sesiones;
II. Proponer al Presidente del Consejo, por conducto del Secretario Técnico, los asuntos a formar parte del orden del día y la creación de grupos de trabajo para analizar temas específicos;
III. Deliberar respecto de los asuntos que sean sometidos a la consideración del Consejo, contando con voz y voto en la adopción de acuerdos;
IV. Dar seguimiento al cumplimiento de los acuerdos del Consejo, y
V. Las demás que se fijen en la Ley, en este Reglamento, y que sean necesarias para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 14. Corresponde al Secretario Técnico del Consejo:
I. Elaborar el proyecto de programa de trabajo del Consejo y someterlo a la consideración del Presidente para presentarlo a la aprobación del Consejo;
II. Elaborar el proyecto de calendario de sesiones del Consejo y someterlo a la consideración del Presidente para presentarlo a la aprobación del Consejo;
III. Integrar el orden del día de las sesiones, con la documentación soporte correspondiente;
IV. Asistir a las sesiones del Consejo, contando con derecho a voz;
V. Verificar que se integre el quórum para cada sesión;
VI. Levantar las actas de las sesiones del Consejo y firmarlas conjuntamente con su Presidente;
VII. Registrar y llevar el libro de actas del Consejo, para su archivo, adjuntando la documentación que al efecto corresponda a cada asunto que se trate;
VIII. Informar en sesión ordinaria al Consejo y al Presidente, sobre el cumplimiento y seguimiento de los acuerdos tomados en el seno del órgano colegiado;
IX. Proponer al Presidente del Consejo la creación de grupos de trabajo permanentes o transitorios;
X. Requerir al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría para que designe a su representante y a su suplente, así como recibir las notificaciones de sustitución del mismo, y
XI. Las demás que se fijan en la Ley, en este Reglamento y que sean necesarias para el cumplimiento de sus funciones.

Capítulo IV
De las sesiones

Artículo 15. El Consejo celebrará sesiones ordinarias cada cuatro meses de conformidad con el calendario aprobado y sesiones extraordinarias en cualquier momento que lo determine su Presidente, o cuando éste apruebe la propuesta realizada por al menos cuatro de sus integrantes.

Artículo 16. Las convocatorias para las sesiones del Consejo, serán enviadas por el Secretario Técnico a cada uno de los integrantes y, en su caso, a cada uno de los invitados propuestos por el Presidente del Consejo, adjuntando el orden del día y la documentación soporte correspondiente.

Tratándose de sesiones ordinarias las convocatorias se enviarán con al menos cinco días hábiles antes de su celebración y, en el caso de sesiones extraordinarias, se enviarán con al menos dos días hábiles de anticipación.

Artículo 17. Para que las sesiones ordinarias y extraordinarias y los acuerdos que en ellas se tomen se consideren válidos, deberá estar presente al menos el Presidente del Consejo o su suplente, los representantes de tres dependencias o entidades de la administración pública federal integrantes del Consejo, e igual número de los titulares de los servicios estatales de salud que representan las regiones del país.

Artículo 18. De no integrarse el quórum a que se refiere el artículo anterior se convocará a una nueva sesión que se celebrará con los miembros que asistan y deberá llevarse a cabo, por lo que toca a las ordinarias, dentro de los diez días hábiles siguientes y, para el caso de las extraordinarias, dentro de los cinco días hábiles siguientes. Se mantendrá constancia de las sesiones que no se celebraron por falta de quórum o cualquier otra causa.

Artículo 19. Los asuntos sometidos a consideración del Consejo se tomarán por acuerdo de la mayoría de sus miembros y, en caso de empate, por el voto de calidad de su Presidente.

Artículo 20. Las propuestas para conformar el orden del día deberán hacerse llegar al Secretario Técnico del Consejo, debidamente integradas, con una anticipación mínima de diez días hábiles a la fecha en que se haya programado la sesión ordinaria y con al menos tres días hábiles de anticipación, en el caso de las extraordinarias.

Artículo 21. En las sesiones del Consejo no podrán abordarse temas que no se hubieren incluido en el orden del día.

Artículo 22. El calendario de sesiones del Consejo, deberá presentarse en la última sesión de cada año inmediato anterior a que inicie el año de labores en el cual se proyectan las sesiones.

Artículo 23. Por cada sesión celebrada se levantará un acta que deberá ser firmada por el Presidente del Consejo conjuntamente con el Secretario Técnico y contendrá, como mínimo, los datos siguientes:
I. Lugar, fecha y hora del inicio de la sesión;
II. Tipo de sesión;
III. Lista de asistencia;
IV. Asuntos tratados en la sesión;
V. Acuerdos tomados y en su caso, quiénes deben ejecutarlos;
VI. Hora de término de la sesión, y
VII. Documentación soporte acompañada al orden del día.

Capítulo V
De la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad

Artículo 24. El Consejo contará con una Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad, en los términos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, como órgano auxiliar de consulta y opinión para el establecimiento de los lineamientos de integración y operación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad y para la definición de aquellos criterios vinculados a la salud pública que deberán ser considerados para la instrumentación del Sistema.

Artículo 25. Para la integración de la Comisión a que se refiere este Capítulo, participarán adicionalmente a los integrantes del Consejo a que se refiere el artículo 4o. del presente Reglamento, los titulares de las áreas mayores de la Secretaría a cargo de la conducción de las acciones de prevención y promoción de la salud, del control de enfermedades y de los servicios de salud a la comunidad, así como el Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Artículo 26. La Comisión a que se refiere este Capítulo operará bajo las mismas reglas que el Consejo.

Capítulo VI
De los grupos de trabajo

Artículo 27. El Consejo podrá crear, a propuesta de su Presidente o de sus demás integrantes, grupos de trabajo permanentes o transitorios para realizar las tareas específicas relacionadas con su objeto.

Artículo 28. En el Acuerdo del Consejo que establezca los grupos de trabajo, deberá señalarse expresamente el asunto o asuntos que éstos estudiarán, sus integrantes, los objetivos concretos que deberán alcanzar, el carácter de permanentes o transitorios con el que contarán y, en este último caso, que los mismos serán vigentes hasta que sus objetivos sean cumplidos o se justifique por otra causa su desintegración previa.

Artículo 29. En cada grupo de trabajo habrá un coordinador, quien será designado por el Presidente del Consejo y rendirá informes periódicos al Consejo sobre las actividades del grupo.

Transitorios

Primero.- El presente Reglamento entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.
Segundo.- La sesión de instalación del Consejo debe llevarse a cabo en un plazo que no exceda de sesenta días a la entrada en vigor del presente Reglamento.
Tercero.- En la primera sesión que se celebre, se deberá aprobar el calendario de sesiones ordinarias del Consejo e instalar la Comisión Permanente a que se refiere el Capítulo V del presente Reglamento.
Cuarto.- Para los efectos de la primera integración del Consejo, se invitará a los primeros titulares de los Servicios Estatales de Salud de cada región en que se haya subdividido el país, de conformidad con el artículo 5o. del presente Reglamento.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en México, Distrito Federal, a los dos días del mes de julio de dos mil cuatro.- **Vicente Fox Quesada**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud, **Julio Frenk Mora**.- Rúbrica.- La Secretaria de Desarrollo Social, **Josefina Vázquez Mota**.- Rúbrica.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **José Francisco Gil Díaz**.- Rúbrica.

AL.5

REGLAMENTO INTERNO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DEL 27 DE FEBRERO DE 2004

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en los artículos 77 BIS 5 apartado A), 77 BIS 35 y demás relativos de la Ley General de Salud, y 17 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, he tenido a bien expedir el siguiente

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Capítulo Primero
Disposiciones Generales

Artículo 1.- El presente Reglamento tiene por objeto establecer las funciones y regular la organización de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Artículo 2.- Para los efectos de este Reglamento se entenderá por:

I. Comisión, a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
II. Comisionado, al Comisionado Nacional de Protección Social en Salud;
III. Consejo Interno, al Consejo Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
IV. Ley, a la Ley General de Salud;
V. Padrón, al Padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud;
VI. Red, a las Unidades Médicas incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud;
VII. Regímenes, a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud;
VIII. Secretaría, a la Secretaría de Salud;
IX. Secretario, al Secretario de Salud, y
X. Sistema, al Sistema de Protección Social en Salud.

Artículo 3.- La Comisión es un órgano desconcentrado de la Secretaría con autonomía técnica, administrativa y operativa cuya función consiste en ejercer las atribuciones que en materia de protección social en salud le otorgan el presente Reglamento y los demás ordenamientos aplicables.

Capítulo Segundo
Organización y atribuciones de la Comisión

Artículo 4.- Corresponde a la Comisión:

I. Instrumentar la política de protección social en salud y el plan estratégico de desarrollo del Sistema;
II. Promover y coordinar las acciones de los Regímenes;
III. Intervenir y promover la formalización de los acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas para la ejecución del Sistema;
IV. Coordinar las acciones para el seguimiento y evaluación de los acuerdos de coordinación a que se refiere la fracción anterior;
V. Promover, convenir e instrumentar acciones con otros organismos, instituciones, dependencias, sociedades y asociaciones que ofrezcan programas y servicios en materia de protección social y financiera;
VI. Impulsar, coordinar y vincular acciones del Sistema con las de otros programas sociales para la atención a grupos vulnerables;
VII. Participar en los convenios que suscriban los estados y el Distrito Federal entre sí y con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios;
VIII. Opinar respecto de los instrumentos jurídicos relativos a la operación del Sistema;
IX. Definir el marco organizacional del Sistema en los ámbitos federal, estatal, del Distrito Federal y, en su caso, municipal;
X. Evaluar el desempeño de los Regímenes y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquéllos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento;
XI. Dirigir y ejecutar las acciones de financiamiento necesarias para el funcionamiento del Sistema, incluyendo el desarrollo de programas de salud para grupos vulnerables;
XII. Promover, en coordinación con los Regímenes, una política en materia de medicamentos para asegurar su eficiente abasto, distribución, entrega al beneficiario y uso racional;
XIII. Administrar los recursos financieros que en el marco del Sistema le suministre la Secretaría y efectuar las transferencias que correspondan a los estados y al Distrito Federal;
XIV. Definir los criterios para la constitución de la previsión presupuestal anual, incluyendo los aspectos relativos a las necesidades de infraestructura para la atención primaria y especialidades básicas; así como los relativos a los imprevistos en la demanda de servicio;
XV. Administrar los recursos de la previsión presupuestal anual para atender necesidades de infraestructura y las variaciones en la demanda de servicios; así como realizar las transferencias a los Estados y al Distrito Federal, de conformidad a las reglas que fije el Ejecutivo Federal mediante disposiciones reglamentarias;
XVI. Proponer al Secretario las bases para la compensación económica entre entidades federativas, el Distrito Federal, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud;
XVII. Coordinar la administración y operación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y evaluar sus resultados;
XVIII. Aprobar las guías clínico-terapéuticas de enfermedades que estén previstas en los catálogos de intervenciones de servicios esenciales y de gastos catastróficos;
XIX. Aprobar y publicar las tarifas relativas a los gastos generados por los beneficiarios del Sistema respecto de los servicios que

se encuentren dentro del Catálogo de Intervenciones de servicios de Gastos Catastróficos;

XX. Regular y gestionar servicios de salud para los afiliados al Sistema;

XXI. Fijar la secuencia y alcance de cada intervención comprendida en los servicios esenciales de manera prioritaria y progresiva a fin de satisfacer de manera integral las necesidades de salud de las familias beneficiarias, de acuerdo a la disponibilidad financiera del Sistema;

XXII. Definir los criterios para integrar la Red así como para su operación y crecimiento pertinentes;

XXIII. Definir la política y formular los criterios de afiliación y promoción, para la provisión de protección financiera para la salud a grupos de población beneficiaria del Sistema;

XXIV. Determinar anualmente y por entidad federativa, el número de familias beneficiarias a fin de establecer el monto correspondiente a las aportaciones para financiar los servicios de salud a la persona cubiertos por el Sistema;

XXV. Establecer los criterios y mecanismos para la integración y administración del Padrón así como sus actualizaciones.

XXVI. Proponer al Secretario los términos en que deberá ser integrado el expediente único por beneficiario;

XXVII. Establecer el esquema de cuotas familiares que los beneficiarios del Sistema deben cubrir;

XXVIII. Diseñar las metodologías para evaluar la capacidad de aportación económica de los beneficiarios del Sistema;

XXIX. Efectuar y, en su caso, coordinar la elaboración de los estudios e investigaciones necesarias para el Sistema;

XXX. Coordinarse con la unidad administrativa competente de la Secretaría para la obtención de la información necesaria que permita integrar los datos que se requieran para el Sistema;

XXXI. Establecer las medidas y realizar las acciones para la debida tutela de los derechos de los beneficiarios del Sistema;

XXXII. Determinar los elementos que deberá contener la metodología y los materiales de capacitación que se requieran para la operación del Sistema;

XXXIII. Establecer los criterios que deberá contemplar la difusión y promoción del Sistema;

XXXIV. Informar el resultado de las acciones del Sistema para cumplir con la rendición de cuentas a los ciudadanos;

XXXV. Participar, con la intervención de la unidad administrativa que corresponda de la Secretaría, en las negociaciones y acuerdos de cooperación binacional y multinacional sobre las materias competencia de la propia Comisión;

XXXVI. Aplicar las medidas preventivas y correctivas que sean necesarias para la debida observancia de la Ley y su Reglamento en materia de protección social en salud, y

XXXVII. Las demás facultades que le señalen otras disposiciones jurídicas y administrativas.

Artículo 5.- Para el debido ejercicio de sus atribuciones, la Comisión contará con las siguientes unidades administrativas:

I. Oficina del Comisionado;

II. Dirección General de Afiliación y Operación;

III. Dirección General de Financiamiento, y

IV. Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

Para el desarrollo de sus funciones la Comisión contará con un Consejo Interno en los términos previstos en el presente Reglamento.

Artículo 6.- Corresponde al Comisionado:

I. Ejercer las atribuciones y la representación de la Comisión;

II. Establecer las normas, políticas, criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico que deban regir en las unidades administrativas que formen parte de la Comisión;

III. Desempeñar las funciones y comisiones que el Secretario le encomiende y mantenerlo informado sobre su desarrollo;

IV. Formular y presentar ante la unidad administrativa competente de la Secretaría, la propuesta de presupuesto que se requiera para el funcionamiento de la Comisión;

V. Formular los anteproyectos de disposiciones jurídicas, lineamientos e instrumentos consensuales en los asuntos de su competencia, con la intervención de la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría y someterlos a consideración del Secretario;

VI. Planear, organizar y evaluar el funcionamiento de las unidades administrativas que formen parte de la Comisión, así como coordinar las actividades de éstas con la Secretaría;

VII. Designar y remover a los servidores públicos de la Comisión;

VIII. Promover y coordinar la capacitación, actualización y educación continua de los recursos humanos de la Comisión;

IX. Recibir en acuerdo ordinario, a los titulares de las unidades administrativas que formen parte de la Comisión, y en acuerdo extraordinario a cualquier otro servidor público subalterno, así como conceder audiencias al público;

X. Atender y aceptar, en su caso, las recomendaciones que formule la Comisión Nacional de Derechos Humanos respecto de los asuntos que incidan en el ámbito de competencia de la Comisión o de las unidades administrativas que la integran;

XI. Participar en el Consejo Nacional de Protección Social en Salud, desempeñando las responsabilidades que determine su Reglamento Interno;

XII. Informar al Secretario, con la periodicidad que se determine, sobre el desempeño de las funciones de la Comisión y los resultados de la evaluación del Sistema, y

XIII. Las demás que le confiera el Secretario, las que le señalen otras disposiciones aplicables y las que le correspondan a las unidades administrativas a su cargo.

El Comisionado podrá auxiliarse en el ejercicio de sus facultades por el personal técnico y administrativo que sea necesario de conformidad con el presupuesto autorizado.

Capítulo Tercero
De las atribuciones de las direcciones generales de la Comisión

Artículo 7.- Los Directores Generales de la Comisión tendrán, en lo conducente, las atribuciones genéricas que para estos servidores públicos establece el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Artículo 8.- Corresponde a la Dirección General de Afiliación y Operación:

I. Proponer al Comisionado, las acciones y estrategias para que la población demandante no derechohabiente de la seguridad social o que no cuente con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorpore al Sistema, procurando la cobertura universal prevista en la Ley;

II. Proponer los criterios técnicos y administrativos para la presupuestación de las actividades relacionadas con la promoción del Sistema; la operación de la afiliación de los beneficiarios; la administración del Padrón de afiliados; así como para el desarrollo y aplicación del esquema de cuotas familiares, y presentarlos a consideración del Comisionado;

III. Proponer el número de familias que deban afiliarse al Sistema anualmente por entidad federativa a fin de establecer el monto correspondiente a las aportaciones para financiar los servicios de salud a la persona cubiertos por el Sistema;
IV. Supervisar el cumplimiento de las metas y definir los períodos de afiliación, tomando en cuenta la equidad de su distribución entre las entidades federativas;
V. Elaborar los instrumentos para evaluar la capacidad de aportación económica de las familias interesadas en incorporarse al Sistema;
VI. Proponer los criterios y procedimientos para la promoción, afiliación de familias, administración del Padrón;
VII. Diseñar, operar y administrar la base de datos del Padrón;
VIII. Actualizar el programa informático del Padrón y dar soporte técnico a los Regímenes para la administración de la base de datos de los padrones estatales;
IX. Revisar y verificar la congruencia de la información de los titulares y familias de los padrones de afiliados remitidos por las entidades federativas para la tramitación del financiamiento federal;
X. Coadyuvar, en el ámbito de su competencia, en la formalización de los acuerdos de coordinación entre la Secretaría y los gobiernos de las entidades federativas, para la instrumentación y operación del Sistema;
XI. Coadyuvar, en el ámbito de su competencia, en la determinación del marco organizacional y funcional de los Regímenes acorde a los criterios que para el efecto sean definidos por el Comisionado;
XII. Diseñar y elaborar los materiales y herramientas para la sensibilización, difusión, promoción y orientación permanente del Sistema dirigida a la población;
XIII. Efectuar, en el ámbito de su competencia, el seguimiento de las acciones a cargo de los Regímenes;
XIV. Definir los criterios y las estrategias para la automatización de los registros de información en materia de promoción y afiliación del Sistema;
XV. Diseñar la metodología de la capacitación para la operación del Sistema en los aspectos relacionados a la promoción y afiliación;
XVI. Coordinar la realización de estudios e investigaciones relacionados con sus atribuciones;
XVII. Mantener periódicamente informado al Comisionado sobre los avances de los programas a su cargo, y
XVIII. Las demás que le confieran otras disposiciones legales.

Artículo 9.- Corresponde a la Dirección General de Financiamiento:
I. Participar en la planeación y programación financiera del Sistema;
II. Efectuar las acciones encaminadas a la programación e integración presupuestal del Sistema;
III. Diseñar y proponer los esquemas y mecanismos financieros que sean necesarios para el funcionamiento del Sistema incluyendo el desarrollo de programas de salud dirigidos a grupos vulnerables;
IV. Verificar que los recursos provenientes de la Aportación Solidaria Estatal y Cuota Familiar, sean congruentes con el Padrón;
V. Diseñar y aplicar los instrumentos financieros y los procesos administrativos necesarios para la provisión de la protección social en salud para los grupos poblacionales que la requieran;
VI. Determinar los criterios para la operación y administración de los fondos generales y específicos relacionados con las funciones comprendidas en el Sistema y de los programas orientados a la atención de grupos vulnerables;
VII. Coadyuvar en las acciones de supervisión financiera del Sistema y de los programas de atención a grupos vulnerables para garantizar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, así como de sus metas y objetivos;
VIII. Elaborar los lineamientos para la administración y transferencia de la cuota social y aportación solidaria federal a las entidades federativas que prevé la Ley;
IX. Conducir la operación y administración de la previsión presupuestal anual, y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos a que se refiere la Ley;
X. Coadyuvar, en el ámbito de su competencia, en la formalización de los acuerdos de coordinación entre la Secretaría y los gobiernos de las entidades federativas, para la instrumentación y operación del Sistema;
XI. Coadyuvar, en el ámbito de su competencia, en la determinación del marco organizacional y funcional de los Regímenes acorde a los criterios que para el efecto sean definidos por el Comisionado;
XII. Coordinar la realización de estudios que den soporte a las bases actuariales, financieras y administrativas que sustenten las acciones encaminadas a proveer protección social en salud;
XIII. Detectar fuentes complementarias de financiamiento para las acciones de protección social en salud;
XIV. Efectuar, en el ámbito de su competencia, el seguimiento de las acciones a cargo de los Regímenes;
XV. Definir los criterios y las estrategias para la automatización de los registros de información en materia de financiamiento del Sistema;
XVI. Diseñar la metodología de la capacitación para la operación del Sistema en los aspectos de su competencia;
XVII. Mantener periódicamente informado al Comisionado sobre el avance del programa financiero y del resultado de los estudios realizados al respecto, y
XVIII. Las demás que le confieran otras disposiciones legales.

Artículo 10.- Corresponde a la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud:
I. Proponer la incorporación gradual y jerarquizada de los servicios de salud y de las intervenciones clínicas, así como su secuencia y alcance con el fin de lograr la cobertura universal de los servicios en el período previsto en la Ley;
II. Estimar los costos derivados de las intervenciones médicas y de la provisión de nuevos servicios, con base en los protocolos clínicos y terapéuticos previendo su impacto económico en el Sistema, así como participar en la definición de criterios y políticas para la determinación de cuotas reguladoras del propio Sistema asociadas a la prestación de servicios de salud;
III. Definir y establecer los criterios e instrumentos de registro de la información médica relativa a los servicios prestados y provisión de insumos para los afiliados al Sistema, así como para la automatización de los registros de información en materia de Gestión de Servicios de Salud;
IV. Vigilar el adecuado funcionamiento de los mecanismos de atención de quejas por la prestación de los servicios de la Red, verificar que se hayan atendido las mismas y sugerir las medidas correctivas que correspondan;
V. Establecer los criterios y mecanismos para el seguimiento operativo, la supervisión y la evaluación del desempeño de los servicios prestados por la Red a los afiliados del Sistema;
VI. Elaborar los criterios e instrumentos para conocer el estado de salud de la población que solicite su incorporación al Sistema;

VII. Proponer las tarifas que se deriven de los servicios otorgados a los beneficiarios del Sistema y que se encuentren previstos en los catálogos de intervenciones de servicios esenciales y de gastos catastróficos;
VIII. Proponer los criterios para efectuar el análisis de riesgos para la salud en la población afiliada al Sistema;
IX. Participar en la formulación de propuestas de tratamientos médicos cuyos costos sean cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y en las acciones que tiendan hacia el desarrollo de los centros regionales de alta especialidad del Sistema;
X. Determinar las condiciones generales para la prestación de medicamentos y promover el uso racional de los mismos, en el marco del Sistema;
XI. Coordinar las acciones para propiciar la cobertura y calidad de la atención médica integrando al Sistema los programas dirigidos a grupos vulnerables;
XII. Hacer del conocimiento de las autoridades federales, estatales o municipales competentes, los hechos que presuntamente puedan ser motivo de responsabilidad administrativa derivada del incumplimiento en la prestación de los servicios de salud convenidos;
XIII. Coadyuvar, en el ámbito de su competencia, en la formalización de los acuerdos de coordinación entre la Secretaría y los gobiernos de las entidades federativas, para la instrumentación y operación del Sistema, así como vigilar que en los acuerdos de gestión suscritos entre estas últimas y las instituciones del Sistema Nacional de Salud, los servicios prestados se cumplan con la calidad y oportunidad requerida;
XIV. Coadyuvar, en el ámbito de su competencia, en la determinación del marco organizacional y funcional de los Regímenes; acorde a los criterios que para el efecto sean definidos por el Comisionado;
XV. Efectuar, en el ámbito de su competencia, el seguimiento de las acciones a cargo de los Regímenes;
XVI. Diseñar la metodología de la capacitación para la operación del Sistema en lo relativo a su competencia;
XVII. Coordinar la realización o participar en los estudios e investigaciones relativos a su competencia;
XVIII. Mantener periódicamente informado al Comisionado sobre el avance de los programas a su cargo, y
XIX. Las demás que le confieran otras disposiciones legales.

Capítulo Cuarto
Del consejo interno

Artículo 11.- El Consejo Interno será presidido por el Secretario y se integrará de conformidad con lo que establezca su Reglamento de Organización y Funcionamiento, el cual será expedido por el Secretario.

El cargo de Consejero será honorífico.

El Presidente del Consejo Interno, cuando así lo considere procedente, podrá invitar a participar en las sesiones del Consejo Interno a integrantes del Sistema Nacional de Salud y a otras personas de los sectores público, social y privado, los que intervendrán con voz pero sin voto.

Artículo 12.- El Consejo Interno contará con un Secretario Técnico, cargo que recaerá en el Comisionado.

Artículo 13.- El Consejo Interno sesionará por lo menos cada tres meses en forma ordinaria en términos del calendario que apruebe previamente y en forma extraordinaria cuantas veces sea necesario.

Se considerarán válidas las sesiones del Consejo Interno, cuando éstas se realicen con la asistencia de la mayoría de sus integrantes.

Artículo 14.- Los acuerdos que se tomen en las sesiones del Consejo Interno serán aprobados por el voto de la mayoría de sus integrantes. En caso de empate el Presidente tendrá voto de calidad.

Artículo 15.- Los integrantes del Consejo Interno podrán designar a sus respectivos suplentes, los cuales deberán poseer el nivel jerárquico inmediato inferior al de los propios titulares.

Artículo 16.- Las funciones de los integrantes del Consejo Interno así como las demás reglas de funcionamiento se establecerán en el ordenamiento a que se refiere el artículo 11 de este Reglamento.

Artículo 17.- Corresponde al Consejo Interno:
I. Establecer las políticas generales de actuación a que se sujetará la Comisión;
II. Opinar respecto de las modificaciones que se pretendan efectuar al Reglamento Interno de la Comisión;
III. Conocer del proyecto del Programa Operativo Anual y de los anteproyectos anuales de presupuestos de egresos e ingresos de la Comisión;
IV. Sugerir medidas que coadyuven al adecuado funcionamiento de la Comisión;
V. Efectuar sugerencias para mejorar la operación de los planes y programas de la Comisión;
VI. Resolver los casos y asuntos no previstos en este Reglamento, y
VII. Proponer al Secretario la expedición y actualización de su Reglamento de Organización y Funcionamiento.

Capítulo Quinto
De las suplencias

Artículo 18.- El Comisionado será suplido en sus ausencias, por los directores generales de Afiliación y Operación, el de Financiamiento y el de Gestión de Servicios de Salud, en el orden indicado.

Los servidores públicos referidos en el párrafo anterior, al interior de sus unidades administrativas serán suplidos por los de la jerarquía inmediata inferior adscritos a sus respectivas unidades en el orden que sus titulares determinen.

Transitorios

Primero.- Este Reglamento entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.
Segundo.- Los recursos humanos y materiales con los que cuenta actualmente la Secretaría para el desarrollo del Programa Salud para Todos, pasarán a formar parte de la Comisión.
Tercero.- Los derechos de los trabajadores que con motivo de la expedición del Reglamento pasen a prestar sus servicios en la Comisión, serán respetados conforme a la Ley.
Cuarto.- El Consejo Interno deberá celebrar su sesión plenaria de integración dentro de los treinta días siguientes a aquél en que inicie su vigencia el presente Reglamento.

El Secretario de Salud deberá nombrar a los integrantes del Consejo Interno que deban intervenir en dicha sesión.
Quinto.- Los demás recursos humanos y materiales que la Comisión requiera para su funcionamiento, le serán proporcionados de conformidad con la redistribución de recursos de la Secretaría que al efecto realice la Subsecretaría de Administración y Finanzas.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en México, Distrito Federal, a los veintiséis días del mes de febrero de dos mil cuatro.- **Vicente Fox Quesada**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud, **Julio Frenk Mora**.- Rúbrica.

AL.6

ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECE LA COMISIÓN PARA DEFINIR TRATAMIENTOS Y MEDICAMENTOS ASOCIADOS A ENFERMEDADES QUE OCASIONAN GASTOS CATASTRÓFICOS DEL 28 DE ABRIL DE 2004

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Consejo de Salubridad General.

El Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 73 fracción XVI Base 1a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, 16, 17 y 77 Bis 29 de la Ley General de Salud; 5 fracción IV, y 12 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, y

Considerando

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, establece como uno de sus objetivos rectores el mejorar los niveles de bienestar de los mexicanos, entre éstos los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud y reduciendo las desigualdades al proteger financieramente a las familias ante eventuales gastos extraordinarios en salud.

Que el Programa Nacional de Salud 2001-2006, señala como obligación del Gobierno Federal brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, evitando con esto incurrir en gastos catastróficos y la imposibilidad de generar recursos por la misma enfermedad.

Que el Decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003, establece en su artículo 77 Bis 29, que se considerarán gastos catastróficos a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación.

Que dicho Decreto establece en su artículo décimo cuarto transitorio, que el Consejo de Salubridad General actualizará periódicamente las categorías relativas a gastos catastróficos, con base en los criterios establecidos en el artículo 77 Bis 29 de la Ley General de Salud.

Que con el objeto de dar cumplimiento a las disposiciones citadas, el Consejo de Salubridad General, mediante Acuerdo número CSG/26/12-03 de fecha 10 de diciembre de 2003, determinó crear la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos, por lo que se expide el siguiente:

Acuerdo por el que se establece la comision para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastroficos

Artículo 1. Para los efectos del artículo 77 Bis 29 de la Ley General de Salud, se crea la Comisión para estudiar, analizar y definir los tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, con el objeto de someterlos a la aprobación y prioridad que determine el Consejo.

Artículo 2. Para los efectos de este Acuerdo se entiende por:

I. Categorías: Las señaladas en el artículo décimo cuarto transitorio del Decreto que reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 15 de mayo de 2003;

II. Comisión: La Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos, y

III. Consejo: El Consejo de Salubridad General.

Artículo 3. La Comisión estará integrada por el Secretario del Consejo, quien la presidirá, y por dos representantes de la Secretaría de Salud, quienes serán el Titular de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y el Titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud; así como del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Secretaría de Marina, de la Universidad Nacional Autónoma de México, del Instituto Politécnico Nacional, de la Academia Nacional de Medicina, de la Academia Mexicana de Cirugía, de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, A.C., de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C., quienes tendrán derecho a voz y voto.

El Presidente de la Comisión podrá invitar a participar a otros especialistas, cuando lo ameriten los trabajos que se realizan y cuyos fines estén relacionados con el objeto de la Comisión, con derecho a voz pero sin voto.

Los miembros de la Comisión podrán designar a sus respectivos suplentes, quienes tendrán el nivel de Director General.

La Comisión contará con un Secretario Técnico que será designado por el Presidente de la Comisión.

Artículo 4. Para el cumplimiento de su objeto corresponderá a la Comisión:

I. Definir los tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos;

II. Revisar permanentemente los tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos con el fin de efectuar su actualización, de conformidad con los requerimientos de la salud y de los avances de la ciencia médica y la tecnología a través de la revisión de las guías clínico-terapéuticas, tanto del acervo nacional como internacional, de la medicina basada en evidencias, protocolos, algoritmos y rutas críticas;

III. Someter a la aprobación del Consejo la permanente actualización de los tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, y

IV. Proponer al Consejo la actualización de las Categorías.

Artículo 5. La Comisión sesionará bimestralmente de manera ordinaria previa convocatoria de su Presidente realizada con al menos tres días hábiles de anticipación, sin perjuicio de que pueda celebrar sesiones extraordinarias cuando los asuntos de su competencia así lo requieran, o bien así lo solicite al Presidente cualquiera de sus miembros.

Artículo 6. Las convocatorias las hará el Presidente de la Comisión a través del Secretario Técnico, el cual remitirá el orden del día planteado para cada sesión y acompañado del material que sea necesario para la discusión de los puntos a tratar.

Las resoluciones de la Comisión se adoptarán por el voto favorable de la mayoría de los asistentes a sus sesiones, contando el Presidente con voto de calidad para el caso de empate. Se levantará minuta de los acuerdos adoptados en cada sesión, la cual será firmada por los asistentes a la misma.

Artículo 7. Para el desempeño de sus funciones la Comisión podrá constituir los comités específicos y grupos de trabajo que considere necesarios para atender los asuntos de su competencia.

Transitorios

Primero. El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.
Segundo. La Comisión deberá emitir su Reglamento Interior en un plazo que no excederá de noventa días siguientes a la entrada en vigor del presente Acuerdo.

México, Distrito Federal, a los veinte días del mes de abril de dos mil cuatro.- El Secretario de Salud y Presidente del Consejo de Salubridad General, **Julio José Frenk Mora**.- Rúbrica.- La Secretaria del Consejo de Salubridad General, **Mercedes Juan**.- Rúbrica.

AL.7

DECRETO POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA DEL 5 DE ENERO DE 2005

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 3 fracción XVI, 5, 7, 133, 158, 159 y 160 de la Ley General de Salud, y

Considerando

Que el cuarto párrafo del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos otorga a toda persona el derecho a la protección de la salud, dentro del cual están comprendidos la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, como es el cáncer;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 reconoce que la salud es una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades, por lo que plantea como uno de sus objetivos principales elevar el nivel de salud de toda la población;

Que durante las últimas dos décadas la mortalidad por cáncer en la población mexicana se ha incrementado considerablemente, resultando de preocupación el aumento en la frecuencia de casos de dicho padecimiento entre las personas menores de 18 años, situándose inclusive como la segunda causa de muerte entre la población en edad escolar, la quinta para la edad preescolar y la décima entre menores de un año;

Que el Programa Nacional de Salud 2001-2006 contempla, entre sus principales líneas de acción, la disminución y atención de las neoplasias malignas, a la vez que establece que para reducir la mortalidad por cáncer las intervenciones dirigidas a combatirlo deben encaminarse, entre otros, a la prevención de riesgos específicos, a la detección oportuna de casos y a la atención temprana de los enfermos;

Que en la reciente reforma a la Ley General de Salud, mediante la cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud, se reconoce la gravedad del problema y se señala que una de las primeras categorías que debían ser consideradas en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos es el diagnóstico y tratamiento del cáncer;

Que la gravedad del problema del cáncer en la infancia y adolescencia hace necesario que se le enfrente con el esfuerzo conjunto de gobierno y sociedad, a efecto de instrumentar las acciones preventivas necesarias, garantizar el diagnóstico oportuno y la atención integral de los menores que padecen la enfermedad, con el propósito de reducir sustancialmente el número de muertes por esa causa, y

Que es necesario contar con una instancia de coordinación y concertación de los esfuerzos tanto públicos como privados y de la sociedad civil a efecto de que se propongan políticas y acciones integrales y se generen compromisos del más alto nivel, que permitan optimizar las acciones que al día de hoy llevan a cabo diferentes instancias a favor de la prevención del cáncer y la reducción de su letalidad entre la población infantil y adolescente, he tenido a bien expedir el siguiente:

Decreto

Artículo 1. Se crea el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia como un órgano consultivo e instancia permanente de coordinación y concertación de las acciones de los sectores público, social y privado en materia de investigación, prevención, diagnóstico, y tratamiento integral del cáncer detectado entre la población menor de dieciocho años en la República Mexicana.

Artículo 2. Para el cumplimiento de su objeto el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia tendrá las siguientes funciones:

I. Propondrá políticas, estrategias y acciones de investigación, prevención, diagnóstico, tratamiento integral del cáncer detectado entre las personas menores de dieciocho años, así como para mejorar su calidad de vida;

II. Fungirá como órgano de consulta nacional;

III. Promoverá la coordinación de las acciones entre las dependencias y entidades de la administración pública federal y entre éstas y los gobiernos de las entidades federativas, así como la concertación de acciones con los sectores social y privado;

IV. Propondrá las medidas que considere necesarias para homologar, garantizar la cobertura, eficiencia y calidad de las acciones en su materia, incluyendo las estrategias financieras para su instrumentación;

V. Evaluar la instrumentación de las acciones acordadas por el Consejo;

VI. Impulsará la sistematización y difusión de la normatividad y de la información científica, técnica y de la salud;

VII. Propondrá y promoverá la realización de actividades educativas y de investigación;

VIII. Promoverá y apoyará la gestión ante las instancias públicas, sociales y privadas correspondientes, de los recursos necesarios para la adecuada instrumentación y operación de las acciones que impulse;

IX. Coadyuvará en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y de los sistemas de información en salud, así como en la evaluación de las acciones instrumentadas en los ámbitos federal, estatal y municipal;

X. Recomendará la actualización permanente de las disposiciones jurídicas relacionadas;

XI. Promoverá la creación de consejos estatales para la prevención y el tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, especificando la relación que éstos deberán mantener con el Consejo;
XII. Expedirá su Reglamento Interno, en el cual se detallarán las reglas para su integración y funcionamiento, y
XIII. Las demás que le asigne el Secretario de Salud para el adecuado desempeño de las anteriores.

Artículo 3. El Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia se integrará por:
I. El Secretario de Salud, quien lo presidirá;
II. El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, de la Secretaría de Salud, quien fungirá como Vice-Presidente del Consejo;
III. Los subsecretarios de Innovación y Calidad y de Administración y Finanzas, el Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud, el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud y el Titular de la Unidad de Análisis Económico, todos ellos de la Secretaría de Salud;
IV. Los directores generales de los institutos Mexicano del Seguro Social, de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Nacional de Pediatría, Nacional de Cancerología y del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", y
V. Los titulares de los Servicios de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional, de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina y de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos.

Artículo 4. El Presidente del Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia invitará a formar parte de éste con el carácter de vocales a:
I. Los cinco titulares de los servicios estatales de salud que representen al mismo número de regiones del país en el Consejo Nacional de Protección Social en Salud;
II. El Secretario del Consejo de Salubridad General;
III. Instituciones u organizaciones nacionales o internacionales, públicas o privadas, de carácter médico, científico o académico, de reconocido prestigio y con amplios conocimientos en la materia objeto del Consejo, y
IV. Organizaciones de la sociedad civil de reconocido prestigio que realicen actividades relacionadas con las funciones del Consejo y estén constituidas de conformidad con la normativa aplicable. Cada uno de los vocales que el Presidente del Consejo invite a integrarse a dicho órgano deberá representar a una organización o institución distinta, con el propósito de favorecer la pluralidad. Los mecanismos para su selección, así como su número se ajustarán a lo que al respecto se señale en el Reglamento Interno del propio órgano colegiado. En todos los casos deberá existir mayoría de los miembros integrantes de la Administración Pública Federal.

Artículo 5. El Presidente del Consejo será suplido en sus ausencias por el Vice-Presidente. Los demás integrantes titulares podrán designar un suplente, el cual deberá tener nivel jerárquico inmediato inferior al de los primeros.

Artículo 6. El Consejo contará con un Secretariado Técnico que estará a cargo del Director General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia de la Secretaría de Salud.

Artículo 7. El Consejo sesionará de manera ordinaria al menos dos veces al año, para lo cual se requerirá de la presencia de la mayoría de sus integrantes. Las resoluciones del Consejo se adoptarán por mayoría de los integrantes presentes siempre que el voto mayoritario corresponda a los integrantes de la Administración Pública Federal, teniendo el Presidente voto de calidad en el caso de empate.

Artículo 8. El Presidente del Consejo podrá determinar la creación de comités, tanto de carácter permanente como transitorio, que considere necesarios para el estudio y solución de asuntos específicos relacionados con su objeto. Al frente de cada Comité habrá un Coordinador, el cual será designado por el Presidente del Consejo, a propuesta del Vice-Presidente.

El Coordinador de cada Comité podrá, a su vez, establecer al interior del mismo los grupos de trabajo que estime pertinentes para el desarrollo adecuado de las tareas que le han sido encomendadas.

La integración de los comités y grupos de trabajo, así como su organización y funcionamiento, se sujetarán a lo que disponga el Reglamento Interno del Consejo y en ellos podrán participar, además de los miembros del órgano colegiado, otras organizaciones no representadas en el mismo, a invitación, según el caso, del Presidente del propio Consejo o del Coordinador del Comité que corresponda. Las reglas de quórum y votación del Consejo se aplicarán a los comités y grupos de trabajo.

Artículo 9. Sin perjuicio de lo señalado en el artículo anterior, el Consejo contará con un Comité Técnico, un Comité Financiero y un Comité Normativo.

Transitorios

Primero. El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.
Segundo. El Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia deberá celebrar su sesión de instalación dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha de entrada en vigor de este instrumento.
Tercero. El Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia expedirá su Reglamento Interno en un plazo no mayor a sesenta días naturales, contados a partir de la fecha en que se celebre la sesión de instalación a que se refiere el artículo anterior.

Dado en la Residencia del Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintinueve días del mes de diciembre de dos mil cuatro.- **Vicente Fox Quesada**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud, **Julio José Frenk Mora**.- Rúbrica.

AL.8

LINEAMIENTOS PARA LA AFILIACIÓN, OPERACIÓN, INTEGRACIÓN DEL PADRÓN NACIONAL DE BENEFICIARIOS Y DETERMINACIÓN DE LA CUOTA FAMILIAR DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DEL 15 DE ABRIL DE 2005

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

JULIO JOSÉ FRENK MORA, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 77 bis 1, 77 bis 5 y 77 bis 21 de la Ley General de Salud; 41, 49, 51, 124, 125, 127 y 130 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; y 1, 6, 7 fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien emitir los siguientes:

LINEAMIENTOS PARA LA AFILIACIÓN, OPERACIÓN, INTEGRACIÓN DEL PADRÓN NACIONAL DE BENEFICIARIOS Y DETERMINACIÓN DE LA CUOTA FAMILIAR DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Capítulo I
Disposiciones generales

1. Los presentes Lineamientos son de observancia general, son complementarios a las disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables al Sistema de Protección Social en Salud y establecen los criterios a que se sujetará la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud. Los casos no previstos en estos Lineamientos serán definidos por el Secretario de Salud.

Para los efectos de estos Lineamientos se estará a las definiciones previstas en la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, así como a las siguientes:

Base de datos. Información en medios magnéticos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, integrada a través del Sistema de Administración del Padrón y que contiene los elementos establecidos en el artículo 50 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

CASES. Catálogo de Servicios Esenciales de Salud. Relación de intervenciones médicas, medicamentos y servicios cubiertos por el Sistema, seleccionados de conformidad con el artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud.

CECASOEH. Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar. Instrumento estandarizado elaborado por la Secretaría que es aplicado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la determinación del nivel socioeconómico de la familia que solicita su afiliación al Sistema de Protección de Salud y sirve para la identificación del núcleo familiar y sus integrantes, así como para la determinación de la cuota familiar correspondiente.

Comisión. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Decil de ingreso. Clasificación que ubica a los hogares del país conforme a su ingreso, que permite analizar su concentración de ingreso en una población para valorar equidad o inequidad conforme a la metodología que para el efecto haya realizado el INEGI para determinar el ingreso y gasto de los hogares.

Ley. Ley General de Salud.

Lineamientos. Los presentes Lineamientos.

MAO. Módulos de Afiliación y Orientación. Espacios físicos fijos y móviles con personal capacitado establecidos por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para afiliar a las familias y proporcionarles la información que soliciten sobre trámites y servicios del Sistema de Protección Social en Salud.

Padrón. Relación nominal que contiene los elementos establecidos en el artículo 50 del Reglamento de las familias afiliadas al Sistema, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación.

Póliza de afiliación. (Constancia de inscripción). Documento emitido por el Sistema de Administración del Padrón que sirve como comprobante de incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.

Regímenes Estatales. Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Estructuras administrativas dependientes de los Servicios Estatales de Salud, encargadas de garantizar las acciones de salud en materia de protección social en salud.

Reglamento. Reglamento de la Ley en Materia de Protección Social en Salud.

Secretaría. La Secretaría de Salud.

Servicios Estatales de Salud. Las dependencias de los gobiernos de las entidades federativas, que ejerzan la rectoría de los servicios estatales de salud.

Sistema. Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Sistema de Administración del Padrón. La plataforma informática con la cual se integra el padrón nacional de beneficiarios.

Unidades Médicas. A las clínicas, hospitales o centros de salud que prestan sus servicios a los Regímenes Estatales.

Titular. Representante de la familia que podrá ser desempeñado por cualquiera de las personas enunciadas en el artículo 77 bis 4 de la Ley o en su caso, se podrán considerar los criterios establecidos por el Código Civil Federal.

Capítulo II
De la promoción y afiliación

1. Con la finalidad de poder llevar a cabo la promoción y afiliación de las familias susceptibles de incorporarse al Sistema, los Regímenes Estatales deberán crear MAO, así como brigadas de promoción y afiliación.

2. El número de MAO y de brigadas se constituirán, bajo la responsabilidad de las entidades federativas, en función de la meta de afiliación establecida en los acuerdos de coordinación, como una herramienta de afiliación y reafiliación.

3. Los MAO serán responsables de la operación de sus brigadas, como a su vez los Regímenes Estatales serán responsables de la operación de los MAO.

MECÁNICA DE PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN

4. En cada entidad federativa o región identificada como zona de cobertura del Sistema se informará a través de medios directos e

indirectos de comunicación sobre las características y ventajas del Sistema y se invitará a la población objetivo para que acuda a afiliarse a los MAO.

5. Los Regímenes Estatales pondrán a disposición de la población:
- **a.** La información sobre los lugares para la afiliación y reafiliación.
- **b.** La información general del Sistema y los mecanismos de la afiliación, a través de material promocional como son folletos, trípticos y carteles, aprobados por la Comisión. Las actividades de difusión podrán ser apoyadas a nivel nacional por la Comisión.

6. La promoción para la afiliación de familias se realizará directamente por los Regímenes Estatales en las entidades federativas, dando prioridad en los primeros años a la población de las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas.

7. Los Regímenes Estatales llevarán a cabo la promoción del Sistema a través de los MAO y de las brigadas de promoción y afiliación.

8. Las familias interesadas recibirán durante la reunión de promoción la información necesaria sobre las características, requisitos y beneficios del Sistema, los periodos de vigencia, el proceso de afiliación, así como los esquemas de cuotas familiares y en particular sobre el régimen no contributivo. Inmediatamente, se procederá a la afiliación de las familias reunidas que estén interesadas.

9. La Comisión se encargará de proporcionar a los Regímenes Estatales, el diseño de los materiales de difusión y promoción del Sistema. Esta labor deberá ser apoyada por los Regímenes Estatales conforme lo acuerden con la Comisión.

10. Todos los materiales de promoción y difusión que se utilicen para promover la afiliación, deberán ser autorizados por la Comisión.

Capítulo III
Afiliación y reafiliación

PROCEDIMIENTO PARA LA AFILIACIÓN

1. El titular de las familias susceptibles de incorporación acudirá a un MAO a manifestar su voluntad para afiliarse al Sistema, lo que podrán realizar también ante las brigadas de afiliación y reafiliación que para el efecto se constituyan.

2. Los MAO o las brigadas solicitarán al interesado que proporcionen la información necesaria para requisitar la CECASOEH.

3. El personal del MAO y la brigada de afiliación aplicarán la CECASOEH. Una vez firmada por el titular de la familia, se considerará como la solicitud de afiliación de las familias al Sistema.

4. El titular deberá presentar original y entregar copia simple de los siguientes documentos:
- **a.** Comprobante de domicilio.
- **b.** Clave Unica de Registro de Población (CURP) o algún documento oficial que la contenga, de cada uno de los integrantes de la familia. De manera enunciativa pueden ser la cédula de identificación fiscal, el pasaporte, la cédula profesional, los certificados de estudios emitidos por la Secretaría de Educación Pública y la cartilla militar.

  En caso que algunos de los miembros de la familia a incorporarse no cuenten con la CURP, deberán entregar copia simple del acta de nacimiento o certificado de adopción de cada uno de ellos, con el propósito de apoyar el trámite de su expedición ante el Registro Nacional de Población (RENAPO). Si los miembros de la familia no cuentan con CURP ni con acta de nacimiento, se procede conforme a los acuerdos que los gobiernos estatales establezcan con las autoridades del Registro Civil o del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, para su obtención.
- **c.** Identificación oficial con fotografía del titular de la familia. En caso de que no se cuente con identificación oficial podrá presentarse carta de autoridad local como medio de identificación, en tanto se logra un registro oficial.
- **d.** Si es el caso, comprobante de estudios de los hijos de las personas señaladas en las fracciones I a III del artículo 77 BIS 4 de la Ley, solteros de entre dieciocho y veinticinco años de edad, que credite que se encuentran cursando estudios de educación media o superior al momento de la filiación o reafiliación.
- **e.** Si es el caso, comprobante de ser beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio del Gobierno Federal.
- **f.** Si es el caso, comprobante que acredite formar parte de alguna colectividad. Los integrantes de la familia que no puedan incluirse como beneficiarios del Sistema, no deberán entregar documentación.

5. La información obtenida de la CECASOEH y la documentación señalada en el punto anterior se manejará de manera confidencial por los Regímenes Estatales. Posteriormente se capturará y procesará en medios magnéticos, asignándole a cada familia un número de identificación (folio).

6. Las familias interesadas deberán cubrir la cuota familiar así como entregar la copia del recibo correspondiente, salvo que se trate de familias que por su condición socioeconómica entren al régimen no contributivo.

7. En su caso, las familias podrán cubrir la cuota familiar en el MAO o brigada de afiliación, en sucursal bancaria, en las cajas de los hospitales y unidades de salud que para tal efecto habiliten los Regímenes Estatales, o en aquellos otros que autorice la Comisión.

8. El MAO se encargará de tramitar la expedición y entrega de la credencial TUSALUD para todos los beneficiarios, misma que servirá de instrumento de identificación. Asimismo, el MAO proporcionará la Carta de Derechos y Obligaciones y expedirá la Póliza de afiliación en la que se indique el titular, los integrantes beneficiarios de la familia, la vigencia de sus derechos, la cuota familiar anual y la unidad médica que le corresponda.

9. La afiliación al Sistema se formalizará una vez que se entregue al titular la Póliza de afiliación, la cual deberá entregarse de manera inmediata o, en el caso de que no existir las condiciones necesarias para ello, se entregará a más tardar el último día del mes en que se registre su solicitud de afiliación al Sistema. En caso de presentarse este último supuesto, se entregará al titular de familia un acuse de recepción de la solicitud de afiliación, de no cumplirse con el plazo establecido para la entrega de la Póliza, se entenderá que la familia queda afiliada al Sistema a partir del primer día del mes calendario siguiente en que presente su solicitud de afiliación, debiendo los Regímenes Estatales regularizar esa situación.

10. En caso de que los afiliados no cuenten con la credencial TUSALUD, podrán identificarse para tener acceso a los servicios de salud, con la Póliza de afiliación, o en su caso con el acuse de recepción de la solicitud de afiliación, e identificación oficial con fotografía.

11. La información capturada por los MAO o las brigadas se remitirá a los Regímenes Estatales para actualizar el Padrón.

12. Los MAO y las brigadas serán los responsables de integrar un expediente por cada familia que solicite su incorporación al Sistema. Como mínimo, el contenido de los expedientes incluirá:
- **a.** Póliza de afiliación;
- **b.** Si es el caso, recibo de pago de la cuota familiar;
- **c.** Original de la CECASOEH o reporte que para el efecto emita el Sistema de Administración del Padrón;
- **d.** Copia de los documentos que se refieren en el punto cuatro de este capítulo.

13. Los Regímenes Estatales se responsabilizarán del resguardo y mantenimiento de los expedientes que se integren de las solicitudes de familias beneficiarias, organizados por número de folio de afiliación al Sistema. El contenido de los expedientes deberá estar integrado en el orden que se señala en el punto anterior.
14. La carencia temporal de la documentación asociada con la residencia y la CURP no será impedimento para la afiliación de la familia o persona al Sistema. En caso de que los interesados en afiliarse al Sistema no aporten la documentación comprobatoria correspondiente, podrán ser afiliados provisionalmente hasta por un periodo de noventa días naturales a partir de inicio de su vigencia; transcurrido este plazo sin que exista comprobación de su cumplimiento, se tendrá por no presentada la solicitud de afiliación y no se devolverá la cuota familiar que, en su caso, se hubiere cubierto.
15. Los expedientes de las familias beneficiarias podrán ser revisados de manera aleatoria en cualquier momento por la Comisión, por lo que en el caso de identificar registros de familias que no tengan como soporte la documentación requerida, se procederá a levantar un acta de verificación que indicará el número de folio correspondiente al expediente incompleto para que los Regímenes Estatales integren en su totalidad dichos expedientes en los treinta días hábiles subsecuentes.

Las familias que estén en esa situación gozarán de los servicios que ampara el Sistema, por lo que los Regímenes Estatales transcurrido este periodo serán responsables de los gastos que genere su atención hasta en tanto se regularice su documentación.

AFILIACIÓN PERMANENTE

16. Las personas interesadas en afiliarse o reafiliarse al Sistema podrán realizarlo durante todo el año calendario, en los días y horas hábiles establecidos por cada Régimen Estatal para la operación de los MAO y las brigadas.
17. Con la finalidad de dar cumplimiento a las reglas de transparencia en el manejo de recursos públicos federales, los Regímenes Estatales deberán verificar la convergencia entre las campañas de promoción para la afiliación y/o reafiliación y los procesos electorales locales, con la finalidad de evitar un empalme entre las campañas electorales, los comicios y la operación de afiliación.

AFILIACIONES COLECTIVAS

18. Los Regímenes Estatales, previa opinión favorable de la Comisión, podrán realizar la afiliación colectiva de familias agremiados a las colectividades que así lo soliciten, para lo cual es necesario que cada uno de los agremiados cumpla los requisitos establecidos en las disposiciones jurídicas correspondientes, así como los enunciados en este capítulo.
19. De igual manera, bajo las mismas condiciones cualquier institución gubernamental podrá gestionar la afiliación colectiva al Sistema de familias susceptibles de incorporación.
20. La Comisión podrá llevar a cabo la afiliación colectiva de familias de manera directa para lo cual será necesario que lo informe a los Regímenes Estatales para que las considere dentro de las metas de afiliación pactada, o en su caso se establezcan los mecanismos de coordinación pertinentes con aquellas entidades federativas en que tenga presencia la colectividad.
21. La cuota familiar para la afiliación colectiva se fijará de manera uniforme, acorde al nivel de ingreso promedio del grupo para lo cual será necesario aplicar un estudio de condición socioeconómica a una muestra aleatoria representativa del grupo o bajo los criterios específicos que en la operación establezca la Comisión.
22. Las familias que acrediten formar parte de una colectividad, quedarán exentas de la evaluación socioeconómica que forma parte de la CECASOEH.
23. Las familias que pertenezcan a una colectividad conservarán su derecho a afiliarse al Sistema de manera directa, independiente a las condiciones específicas que para esa colectividad se establezcan.

PROCEDIMIENTO PARA LA REAFILIACIÓN

24. Tomando como base que la CECASOEH tiene una validez de tres años, la reafiliación según el régimen de contribución en que se ubique la familia podrá hacerse de la siguiente manera:

- **a.** Reafiliación automática. Las familias del régimen no contributivo gozarán de la reafiliación automática durante los tres años de validez de la CECASOEH. Al término de este plazo, los Regímenes Estatales, a través de los MAO, deberán aplicar una nueva CECASOEH.
- **b.** Reafiliación simplificada. Las familias del régimen contributivo podrán reafiliarse de manera simplificada mediante la acreditación del pago de la cuota que les corresponda en los lugares habilitados para tal efecto por los Regímenes Estatales. Esta reafiliación simplificada podrá realizarse durante los tres años de validez de la CECASOEH. Al término de ese plazo, los Regímenes Estatales, a través de los MAO, deberán aplicar una nueva CECASOEH.

Capítulo IV
Cédula de características socioeconómicas del hogar (CECASOEH)

ESTRUCTURA

1. La CECASOEH cuenta con dos apartados:

- **a.** Solicitud de afiliación al Sistema, en la que se indiquen los datos de los beneficiarios, y
- **b.** Evaluación socioeconómica, que contendrá las variables necesarias para definir el decil de ingresos de la familia.

La CECASOEH o, en su caso, el reporte emitido por el Sistema de Administración del Padrón, deberá ser firmada por el titular, bajo protesta de decir verdad de los datos que proporcionó, en la que conste que su afiliación es voluntaria.

CRITERIOS ESPECÍFICOS

2. La CECASOEH, es de aplicación general a las familias que soliciten su afiliación al Sistema y será elaborada con base en el modelo aprobado para el efecto por la Comisión.
3. Las entidades federativas no podrán modificar el contenido ni el formato de la CECASOEH que emita la Comisión. Su aplicación podrá realizarse mediante medios físicos o magnéticos. En el caso que los Regímenes Estatales opten por la aplicación de la CECASOEH a través de medios magnéticos, el Sistema de Administración del Padrón emitirá un reporte en el que constará la información proporcionada.
4. En caso de que se incorporen familias beneficiarias de programas sociales del gobierno federal en los que ya se haya realizado una valoración de su condición socioeconómica, se considerarán esos criterios como válidos para afiliarse al Sistema y solamente deberán responder el apartado de solicitud de afiliación.
5. En el caso que la familia se sostenga con ingresos compartidos por varios de sus miembros, deberán éstos registrarse en la CECASOEH para efectos de cuantificar adecuadamente el ingreso familiar.

6. A efecto de validar la información proporcionada por el titular, ésta podrá ser verificada por los Regímenes Estatales o por la Comisión, a través de los mecanismos de control que para el efecto se implanten.
7. La información contenida en la CECASOEH tendrá validez por tres años para efectos de reafiliación. Habiendo transcurrido ese periodo, se le deberá aplicar a la familia una nueva evaluación socioeconómica.
8. En el caso de que se presenten desastres naturales declarados por las autoridades competentes mediante comunicado oficial, que pudieran modificar las condiciones socioeconómicas de los habitantes de las zonas afectadas, los Regímenes Estatales, bajo su responsabilidad, podrán constituir el número de MAO y brigadas necesarias para aplicar, a solicitud de parte, nuevas CECASOEH a las familias afectadas al término de la vigencia anual de su afiliación al Sistema, con el propósito de reconocer las condiciones socioeconómicas vigentes, así mismo podrán exentar de pago a las familias afectadas durante el periodo restante de su vigencia anual, informando de lo anterior a la Comisión.
9. En el caso de fallecer o discapacitarse permanentemente el principal sostén económico de la familia durante el periodo de vigencia anual de su afiliación al Sistema, la familia podrá solicitar la aplicación de una nueva CECASOEH al término de dicha vigencia, presentando original y entregando copia simple del acta de defunción correspondiente, o en su caso del certificado que acredite la discapacidad emitido por un médico autorizado para ejercer dicha profesión, con el propósito de que se le reconozcan sus condiciones vigentes.
10. En los supuestos planteados en los puntos 8 y 9 anteriores, aplicarán los mismos plazos de resolución que para el trámite de afiliación.

Capítulo V
De las cuotas familiares

CAPACIDAD DE PAGO DE LAS FAMILIAS

1. El monto de las cuotas familiares se definirá según la condición socioeconómica de las familias por medio de la aplicación de la CECASOEH.
2. La clasificación de las familias según su nivel de ingreso se realizará mediante el modelo estadístico de análisis discriminante contenido en el Sistema de Administración del Padrón elaborado por la Comisión y puesto a disposición de los Regímenes Estatales.
3. La evaluación socioeconómica a las familias se realizará en los MAO incorporando la información obtenida en la CECASOEH al Sistema de Administración del Padrón, mismo que arrojará como resultado el decil de ingreso a que corresponde la familia. Tales variables podrán comprender las condiciones de la vivienda, así como la escolaridad de sus integrantes.

CUOTAS FAMILIARES

4. La cuota familiar deberá ser significativamente menor al considerado gasto catastrófico, que para los efectos de la determinación se considerará como un treinta por ciento del ingreso disponible de la familia. Esta cantidad deberá ser congruente con la capacidad de aportación determinada a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares que lleve a cabo el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza del Gobierno Federal y en la disposición a pagar de las familias mexicanas determinada conforme a encuestas nacionales especializadas.
5. Para el ejercicio fiscal 2005, se determina la cuota familiar aplicando un seis por ciento sobre el ingreso neto disponible del decil de ingreso correspondiente, que es aquel que resulta después de descontar de los ingresos familiares los gastos para conseguir los mínimos necesarios para cubrir necesidades de alimentación, con base en la siguiente fórmula:

Cuota anual i = (INDi) X (0.06)

Donde:
IND es el ingreso neto disponible anual i decil de ingreso, i = III a X
Con base en la aplicación de la fórmula indicada, las cuotas familiares vigentes a partir de la entrada en vigor de los presentes lineamientos, son las siguientes conforme al decil de ingreso:

Decil	Cuota familiar de ingreso anual en pesos
I	0
II	0
III	640
IV	1,255
V	1,860
VI	2,540
VII	3,270
VIII	5,065
IX	6,740
X	10,200

6. Las cuotas familiares serán fijadas por la Comisión de manera anual, las cuales tendrán un incremento máximo anualizado, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, equivalente a la variación del Indice Nacional de Precios al Consumidor que da a conocer periódicamente el Banco de México. Las cuotas familiares se difundirán a través de publicación en el Diario Oficial de la Federación antes del quince de febrero de cada año, salvo en el ejercicio fiscal de 2005 que se difunden por este medio.
7. Los Regímenes Estatales aplicarán las cuotas que se encuentren en vigor al momento de la afiliación de las familias y bajo ninguna circunstancia podrán aplicar exenciones o diferimiento de pago que no estén indicadas en las disposiciones jurídicas aplicables. Solamente las familias que se encuentren en los deciles uno y dos de ingreso se ubicarán en el Régimen no Contributivo a que se refiere la Ley y el Reglamento. Asimismo, no podrán solicitar, bajo ninguna circunstancia, al titular de la familia un desembolso monetario mayor a la cuota familiar que les corresponda según el decil de ingreso en que se ubiquen conforme sea determinado con base en la CECASOEH.

DISPOSICIONES ESPECIALES

8. La cuota familiar para la afiliación colectiva podrá fijarse de manera uniforme y en todos los casos corresponderá a alguno de los montos establecidos en el punto 5 del presente capítulo, acorde al nivel de ingresos promedio del grupo para lo cual será necesario aplicar un estudio de condición socioeconómica a una muestra aleatoria representativa del grupo o bajo los criterios específicos que en la operación establezca la Comisión, considerando las características particulares de cada grupo.
9. Las personas mayores de dieciocho años que deseen afiliarse de manera individual al Sistema, aportarán el equivalente al cincuenta por ciento del monto de la cuota familiar que corresponda al decil de ingresos en que se ubique, según los resultados de la evaluación socioeconómica.
10. La cuota familiar de los trabajadores a los que el patrón proporcione vivienda temporal, se calculará con la información que proporcionen sobre el hogar del que forman parte y no con la del hogar donde presten sus servicios.

PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD SOCIAL

11. De conformidad con la Ley, las cuotas familiares no serán objeto de devolución en ninguna circunstancia, ni podrán aplicarse a años subsecuentes en el caso de suspensión temporal de los beneficios de la Protección Social en Salud.

RECIBOS POR LA RECEPCIÓN DE LAS CUOTAS

12. Los Regímenes Estatales deberán entregar a los beneficiarios el original del recibo foliado que ampare la cuota familiar pagada, en los casos de los deciles I y II -sujetos al régimen no contributivo no será necesario cumplir con este requisito.
13. Los recibos que se expidan deberán estar foliados de manera secuencial y deberán contener además del monto de la cantidad pagada, la siguiente información:

- **a.** Imagen institucional del Sistema,
- **b.** Número de folio,
- **c.** La identificación de que es un recibo que ampara la cuota familiar,
- **d.** Nombre y domicilio del titular,
- **e.** Fecha y lugar de expedición,
- **f.** Periodo de vigencia que ampara el pago,
- **g.** Sello y firma de quien recibe.

14. En los informes que entreguen los Regímenes Estatales a la Comisión se deberá incluir el tiraje de recibos impresos, así como el número de folios de recibos utilizados, incluyendo los cancelados.
15. Se considerarán como recibos por la recepción de cuotas, aquellos otros documentos a los que la Comisión les otorgue tal carácter.

Capítulo VI
Información sobre el manejo y destino de las cuotas familiares

DESTINO DE LOS RECURSOS

1. En términos de la Ley, las cuotas familiares se recibirán, administrarán y aplicarán por los Servicios Estatales de Salud a través de los Regímenes Estatales.
2. Para garantizar el adecuado ejercicio de las cuotas familiares, los Regímenes Estatales deberán realizar una planeación anual prospectiva de su recaudación y uso.
3. La programación del destino de los recursos de las cuotas familiares deberá considerar únicamente el abasto de medicamentos, la adquisición de equipo médico y otros insumos para la salud necesarios para el Sistema, priorizando los servicios contenidos en el CASES. En el caso que el equipo médico se encuentre considerado en el plan maestro de infraestructura, deberá además cumplir con éste.
4. En los reportes que entreguen los Regímenes Estatales a la Comisión se deberán describir los recursos ejercidos, así como los comprometidos a la fecha de su emisión.

Capítulo VII
Del padrón de beneficiarios del sistema

INTEGRACIÓN DEL PADRÓN

1. I. Corresponde a los Regímenes Estatales:

- **a.** Integrar y administrar el Padrón de beneficiarios del Sistema con la adopción de las responsabilidades y manejo que se establecen en los presentes Lineamientos.
- **b.** Verificar que la incorporación de los beneficiarios al Padrón sea a partir de la presentación de la solicitud y previo cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios.
- **c.** Asegurar que la información que se integre o capture a la base de datos contenga los elementos comprendidos en el artículo 50 del Reglamento, así como la información identificada en la CECASOEH, definida en estos Lineamientos, la evaluación del nivel socioeconómico de las familias, la cuota familiar establecida y su vigencia.
- **d.** Utilizar, para la incorporación de la información de las familias beneficiarias al Padrón, la plataforma informática del Sistema de Administración del Padrón que provea la Comisión y conforme su instructivo técnico, así como adoptar las actualizaciones o nuevas versiones de dicho sistema, motivadas por mejoras a los procesos o cumplimiento a nuevas disposiciones en materia de afiliación de beneficiarios.
- **e.** Responsabilizarse de la información del Padrón y de la incorporada al Sistema de Administración del Padrón y adoptar las medidas necesarias para verificar periódicamente sus contenidos y su veracidad, función que recaerá en el área de administración del padrón.

1.II. Corresponde a la Comisión:

- **a.** Integrar el Padrón nacional a partir de la información contenida en los padrones de los Regímenes Estatales que componen el Sistema.
- **b.** Proveer el Sistema de Administración del Padrón a los Regímenes Estatales para que incorporen mediante dispositivos computacionales, la información de las familias afiliadas al Sistema, lo que permitirá integrar el Padrón nacional con parámetros homogéneos y acorde con los criterios de afiliación indicados en estos Lineamientos.
- **c.** Reorientar, en términos de la Ley y el Reglamento, la transferencia de los recursos federales en las entidades federativas que no hayan alcanzado la meta convenida cada año en el Acuerdo de Coordinación suscrito para la implantación del Sistema en cada entidad federativa, así como, en su caso, autorizar el cumplimiento de la meta en un mes posterior a petición formal de los Regímenes Estatales.

VALIDACIÓN DEL PADRÓN

2. Los Regímenes Estatales serán responsables de verificar la información proporcionada por los solicitantes de incorporación al Padrón.
3. Como actividad previa, los Regímenes Estatales deberán adoptar medidas para que los operadores de los MAO integren la información de las familias apegándose a la documentación fuente proporcionada por las familias, teniendo especial cuidado en la captura correcta de folio, nombres de los beneficiarios, CURP y demás datos que complementan el Padrón. Para ello, se deberán establecer mecanismos de verificación aleatoria de documentación fuente contra registros en base de datos, para medir calidad y pulcritud en la captura y acoger mecanismos correctivos en caso necesario.
4. Los Regímenes Estatales realizarán la validación inicial del Padrón con base a la herramienta de validación integrada al Sistema de Administración del Padrón, previo a su envío a la Comisión, considerando al menos los siguientes lineamientos de control de los registros de la base de datos:

- **a.** Verificar la inexistencia de folios duplicados y, en su caso, corregirlos.

b. Comprobar que las homonimias de titulares, correspondan a personas diferentes, a partir de los datos adicionales de la familia relativos a domicilio e integrantes.
c. Corroborar que la aportación familiar corresponda al decil de ingreso en el que fue ubicada la familia, producto de la aplicación de la CECASOEH y al período de la aportación cubierta por la familia.
d. Verificar que las familias estén referenciadas a una unidad médica de adscripción y éstas a un Hospital General.
e. Revisar que todas las familias pertenezcan a una localidad del catálogo integrado en el Sistema de Administración del Padrón.
f. Conciliar las cifras de familias incorporadas por cada uno de los MAO que operan en el Estado, para que sean idénticas a las integradas al Padrón, asegurando así la atención médica de todos los beneficiarios.

5. En aspectos de validación del Padrón, los Regímenes Estatales deberán adoptar las medidas de control que se identifiquen y las que establezca la Comisión para mejorar los procesos.

ENVÍO Y RECEPCIÓN DE LA BASE DE DATOS

6. Los Regímenes Estatales a través de sus áreas de administración del padrón, remitirán su base de datos previamente validada de manera continua, mediante conexión en línea con la Comisión.

Cuando ello no sea posible, deberán remitir su base de datos con la información previamente validada semanalmente, a la Dirección General de Afiliación y Operación.

7. El envío de la base de datos se realizará a través de la estructura y medios informáticos que prevea la Comisión a partir del Sistema de Administración del Padrón y, en su caso, a través de los medios magnéticos alternativos cuando exista algún impedimento circunstancial.

8. La Comisión, realizará una segunda validación de la base de datos remitida por los Regímenes Estatales, a partir de la herramienta de validación integrada en el Sistema de Administración del Padrón. En el caso de detectar inconsistencias, las remitirá para su corrección a los Regímenes Estatales, para que éstos realicen las adecuaciones pertinentes a los registros.

9. Los Regímenes Estatales tendrán un máximo de cinco días naturales para realizar las correcciones a los registros que procedan y los reenviará a la Comisión, la cual revisará para constatar los ajustes correspondientes e incorporarlos al cierre definitivo del mes en curso. En el supuesto de que algunos registros mantuvieran las inconsistencias detectadas originalmente, no procederán para efectos de cierre definitivo y trámite de recursos del mes vigente, y se reenviarán a los Regímenes Estatales para corregir e integrarlos al siguiente mes o para su baja definitiva del Padrón.

INFORMACIÓN DEFINITIVA

10. La información definitiva del Padrón del mes en turno, será la del cierre autorizado por la Comisión, misma que turnará a los Regímenes Estatales. Por lo tanto, la información oficial que se proporcione por los Regímenes Estatales deberá desprenderse de dicho cierre.

11. Con el cierre definitivo, dentro de los diez días hábiles del mes subsecuente, la Comisión procederá a iniciar el trámite para la transferencia de las aportaciones federales por las familias afiliadas al Sistema.

INCIDENCIAS AL PADRÓN

12. Los Regímenes Estatales podrán realizar ajustes a los datos de los beneficiarios a petición de éstos, por la detección de registros incorrectos en valoraciones que se realicen a la base de datos contra los expedientes en custodia de los propios Regímenes Estatales, por la evaluación que ordene la Comisión y por producto del cotejo del Padrón solicitada por la Comisión anualmente al Consejo de Salubridad General conforme lo acuerden, contra los padrones de las instituciones de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica.

En todos los casos, los ajustes deberán estar siempre respaldados con la documentación fuente que corresponda al movimiento de los datos integrados en los expedientes de las familias afiliadas, ya que al realizarse la evaluación o auditoría al Padrón serán solicitados para su corroboración.

13. Cuando no se disponga de sistemas en línea que permitan mantener actualizada la base de datos y el Padrón nacional, las correcciones de inconsistencias antes referidas se deberán realizar posteriormente al cierre de cada mes y concluir antes del envío de la base de datos del mes subsecuente para el control de una base de datos homogénea. Igualmente, las incidencias al Padrón, deberán ser notificadas mediante aviso en los MAO por los titulares de familia. Estos ajustes serán realizados por el personal del MAO, previa revisión de la documentación soporte que corresponda conforme al punto 4 del Capítulo III de estos lineamientos. Una vez registrados en el Sistema de Administración del Padrón, se deberá generar y entregar al titular de familia el comprobante respectivo de manera inmediata.

RESGUARDO, ACCESO Y CONTROL DEL PADRÓN

14. Los Regímenes Estatales, una vez declarado el cierre oficial de afiliación del periodo correspondiente por la Comisión, procederán a:

a. Respaldar la información del Padrón de cierre mensual y realizar al menos dos respaldos adicionales en disco compacto informáticamente protegido u otros dispositivos de almacenamiento existentes en el mercado alternos al integrado al equipo de cómputo, en donde el responsable del área de administración del padrón acopia la información de la base de datos, para asegurar la recuperación integral de la información en caso de una eventualidad. Para ello se deberán de adoptar las medidas de control de condiciones ambientales necesarias, establecidas por los proveedores de estos insumos para su cuidado, manejo y conservación.
b. Realizar el respaldo de la base de datos previo a cada cambio de versión del Sistema de Administración del Padrón, para asegurar su recuperación e integridad de la información.
c. Efectuar la actualización del Sistema de Administración del Padrón a partir de las versiones que libere la Comisión y asegurar que la integración de la información se realice con la versión actualizada.
d. Resguardar el Padrón del cierre de cada mes una vez oficializado por la Comisión, a efecto de preservar el récord histórico por cada periodo, ya que será el medio reconocido de sustento a la solicitud de transferencia de los recursos federales, así como soporte de los informes oficiales de los Servicios Estatales de Salud como de los propios Regímenes Estatales.
e. Adoptar las medidas de recuperación de información del Padrón en el caso de siniestros tales como: terremotos, inundaciones, incendios u otros que pudieran afectar la integridad de los resguardos de información de la base de datos, seleccionando un lugar físico alternativo de almacenamiento de los respaldos del Padrón al lugar de adscripción, a efecto de asegurar su recuperación integralmente. Para ese efecto, se turnarán a tal lugar de almacenaje al menos dos discos compactos con el respaldo de la información por cada mes de cierre de Padrón.

El acceso a este lugar alternativo deberá recaer en el responsable del Régimen Estatal y el titular del área de administración de padrón para asegurar la información confidencial depositada.

CONFIDENCIALIDAD Y DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN DEL PADRÓN

15. El Padrón estará sujeto a las normas de confidencialidad en los términos previstos en el Título Primero, Capítulo III de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (Ley de Transparencia), y a los artículos relativos de la Ley de Información Estadística y Geográfica, así como a los siguientes criterios:

- Los Regímenes Estatales deberán mantener los datos personales bajo la política de confidencialidad y estricto resguardo, estableciendo para ello los candados informáticos necesarios, para que su acceso sea restringido sólo a personal autorizado, obligación que recaerá en el titular del Régimen Estatal auxiliado por el responsable del área de administración del padrón.
- Los candados para acceder al equipo que resguarda el Padrón, serán mediante claves confidenciales que sólo deberán conocer los responsables autorizados antes aludidos.
- La Comisión a partir del Padrón validado de las entidades estatales, es responsable de integrar y resguardar el Padrón nacional, estableciendo las medidas necesarias para proteger la información confidencial y el acceso a la misma. Asimismo, adoptará las medidas necesarias para el respaldo de la información en medios de almacenamiento alternos al equipo de cómputo seleccionado para albergar la información del Padrón. En el caso de siniestros, la Comisión podrá recuperar la información directamente de los Regímenes Estatales en un plazo no mayor a cinco días hábiles.

EVALUACIÓN DEL PADRÓN

16. La Comisión tendrá la facultad de ordenar las evaluaciones que considere pertinentes a los padrones de beneficiarios de los Regímenes Estatales para verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley, en su Reglamento y en estos Lineamientos, así como para establecer estrategias y líneas de acción para mejorar la integración, protección y calidad de la información.

Los Regímenes Estatales deberán adoptar las recomendaciones y líneas estratégicas que emanen de la evaluación que ordene la Comisión y cumplirlas en los tiempos que se establezcan de común acuerdo en las minutas de trabajo.

COTEJO

17. La Comisión solicitará anualmente al Consejo de Salubridad General, conforme lo acuerden, la realización del cotejo del Padrón contra los padrones de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica. El Consejo de Salubridad General podrá contratar servicios especializados para el cotejo de padrones, cubriendo dichos servicios con cargo a los recursos del Sistema.

18. Del dictamen del cotejo que genere el Consejo de Salubridad General y turne a la Comisión, procederá a la cancelación de los beneficios del Sistema de las familias o alguno de sus integrantes, según corresponda, que se encuentren registradas en alguno de los padrones de las instituciones de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica, notificando a los Regímenes Estatales de la cancelación de los registros correspondientes en su base de datos, mismos que deberán reflejarse en los siguientes envíos de información del Padrón sin que medie resolución alguna.

Capítulo VIII
Disposiciones finales

DE LA DIFUSIÓN

1. Los Regímenes Estatales serán responsables de poner a disposición del público en general, los presentes Lineamientos y los procedimientos que deriven de ellos, mediante folletos, medios masivos de comunicación e Internet, a través de la página www.salud.gob.mx.

DE LA VIGILANCIA Y CUMPLIMIENTO

2. La Comisión vigilará el cumplimiento de la aplicación de los presentes Lineamientos y dictará las disposiciones operativas a que haya lugar.

DE LAS QUEJAS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS

3. Las quejas y sugerencias sobre las actividades y funciones de prestadores de servicios del Sistema, serán canalizadas en el centro de atención telefónica en el número 01 800 de la Secretaría o bien a través de los MAO.

4. En caso que alguna queja o denuncia revista actos que impliquen responsabilidad administrativa de funcionarios públicos, se atenderá conforme a lo dispuesto en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

Transitorios

PRIMERO. Los presentes Lineamientos entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

SEGUNDO. Los Regímenes Estatales, mantendrán vigente la credencial que actualmente emiten para sustentar la incorporación de las familias afiliadas al Sistema, en tanto la Comisión establezca los nuevos criterios de diseño y elaboración de la Credencial TUSALUD.

TERCERO. Para efectos de lo establecido en el punto 16 del capítulo III de estos Lineamientos, los Regímenes Estatales realizarán la afiliación de beneficiarios al Sistema conforme a los siguientes periodos de afiliación señalados en el cuadro que se incluye a continuación, hasta en tanto se instaure la afiliación permanente y continua por parte de los Regímenes Estatales:

Periodo trimestral	Periodo de afiliación-reafiliación	Inicio de la vigencia	Término de la vigencia
I	1 al 31 de diciembre (año anterior)	1 de enero	31 de diciembre
II	1 al 31 de marzo	1 de abril	31 de marzo (año siguiente)
III	1al 30 de junio	1 de julio	30 de junio (año siguiente)
IV	1 al 30 de septiembre	1 de octubre	30 de septiembre (año siguiente)

El desarrollo anticipado del proceso de afiliación no implica ajustes o modificación a los periodos de inicio y término de vigencia de las familias afiliadas al Sistema.

CUARTO. La Comisión deberá actualizar la CECASOEH en un plazo que no exceda de un año a partir de la publicación de los presentes Lineamientos, según los criterios establecidos en las legislaciones aplicables, misma que se difundirá a los Regímenes Estatales para su observación.

QUINTO. En la determinación de las cuotas familiares vigentes, se establecieron como base los criterios siguientes:

- **a.** Los Lineamientos emitidos por el Comité Técnico de Medición de la Pobreza del Gobierno Federal para conocer los requerimientos mínimos necesarios de un hogar;
- **b.** En protección financiera en Salud, el parámetro de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aplicado para el caso de México, sobre el gasto catastrófico, y
- **c.** La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares en curso.

SEXTO. De conformidad con lo establecido en el Capítulo VII de estos Lineamientos, para el envío-recepción continuo de las bases de datos de los Regímenes Estatales, la Comisión deberá realizar las adecuaciones a la plataforma informática que soporte la operación del Sistema. En tanto, serán aplicables los criterios de envío y recepción trimestral de la base de datos conforme al cuadro siguiente:

Calendario del proceso de envío y validación de base de datos

Trimestre	Envío base de datos por los Regímenes Estatales	Revisión por la Comisión y envío de registros inconsistentes	Reenvío de Base de datos con correcciones a casos inconsistentes por los Regímenes Estatales
I	1 al 15 enero	16 al 31 de enero	1 al 15 febrero
II	1 al 15 abril	16 al 30 de abril	1 al 15 mayo
III	1 al 15 de julio	16 al 31 de julio	1 al 15 agosto
IV	1 al 15 de octubre	16 al 31 de octubre	1 al 15 noviembre

La Comisión podrá autorizar a los Regímenes Estatales la ampliación de los periodos considerando el número de familias a afiliar.

Los presentes Lineamientos se expiden en México, Distrito Federal, el primero de julio de dos mil cuatro.- El Secretario de Salud, **Julio José Frenk Mora**.- Rúbrica.

AL.9

ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS BASES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2002

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Consejo de Salubridad General.

ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS BASES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

JULIO JOSÉ FRENK MORA, Presidente del Consejo de Salubridad General y Secretario de Salud, y MERCEDES JUAN LÓPEZ, Secretaria del Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 73 fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 13, apartado A), fracciones II, VIII y X; 17 fracción VI; 23, 24 fracción I, 25, 34, 35 y 37 de la Ley General de Salud; 5o., 7o. fracción III; 8o.; 10 fracción I, 69 y 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 5 y 6 fracción XVII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 1, 5 fracciones I, IV, XII, XV y XVII; 8 fracción I; 12, 13 fracción II y 15 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, y

Considerando

Que el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consagra, en su párrafo cuarto, el derecho de toda persona a la protección de la salud. Que entre los fines que establece el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, se encuentra el fortalecimiento del Sistema de Salud para mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

Que entre los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006, se encuentra el de desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud.

Que la atención médica debe realizarse conforme a los principios científicos y éticos que rigen la práctica profesional. Que uno de los instrumentos que permiten apoyar el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud, es la evaluación de las instituciones prestadoras de los servicios, ya sean públicas o privadas.

Que la evaluación de los prestadores de los servicios debe ser objetiva, cuidadosa y con criterios explícitos que respondan a la diversidad de las áreas de salud, y a los niveles de atención. Que el Reglamento de la materia prevé una serie de disposiciones que regulan a diversos establecimientos para la atención médica, dedicados a actividades preventivas, curativas y de rehabilitación.

Que el día 1 de abril de 1999 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, desarrollándose acciones durante los meses de septiembre de 1999 a mayo de 2001.

Que del análisis y revisión que realizó la Comisión para la Certificación de Hospitales, se ha planteado la necesidad de crear un nuevo Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Que por disposición constitucional el Consejo de Salubridad General, en lo sucesivo el Consejo, tiene el carácter de autoridad sanitaria y depende directamente del Presidente de la República, y que en su organización colegiada están representadas diversas dependencias y entidades públicas, así como instituciones nacionales de educación superior y asociaciones científicas de profesionales de las disciplinas para la salud.

Que el Consejo, en su sesión reglamentaria del 29 de octubre de 2001 acordó establecer las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Que la Ley General de Salud faculta a la Secretaría de Salud, en lo sucesivo la SSA, a realizar la evaluación general de la prestación de los servicios en el territorio nacional y que compete al Consejo participar en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, han tenido a bien suscribir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS BASES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

PRIMERO. El presente Acuerdo tiene por objeto establecer el Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica a cargo del Consejo.

Para efectos de este Acuerdo, se entenderá por:

Acuerdo, al documento por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Certificación, al procedimiento por el cual se asegura que un producto, proceso, sistema o servicio se ajusta a las normas, lineamientos o reconocimientos del Consejo.

Certificado, al documento que expida el Consejo mediante el cual se hace constar que el establecimiento de atención médica, cumple con las especificaciones establecidas en el Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Comisión, a la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios.

Órgano coordinador, a la estructura administrativa que tenga por objeto apoyar a la Comisión en el desarrollo, seguimiento y administración del Programa.

Programa, al Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

SEGUNDO. En la aplicación e instrumentación del Programa, se tomará en cuenta lo siguiente:

I. El programa es de carácter voluntario, por lo que la certificación se efectuará a los establecimientos de atención médica que la soliciten;

II. La certificación se efectuará en forma gratuita;

III. El pago de viáticos para los evaluadores correrá a cargo de los establecimientos para la atención médica que soliciten la Certificación;

IV. La vigencia de los certificados que se expidan sobre la evaluación de los Establecimientos de Atención Médica será de tres años con revisión anual. Los certificados a que se refiere el párrafo anterior se dejarán sin efecto cuando el Establecimiento de Atención Médica infrinja las disposiciones de la Ley General de Salud, sus Reglamentos, Normas Oficiales Mexicanas y las disposiciones establecidas por el Consejo.

TERCERO. Para el cumplimiento del presente Acuerdo corresponde al Consejo con el apoyo de la Comisión:

I. Establecer los lineamientos del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica;

II. Determinar los criterios que deberán cumplir los establecimientos de atención médica para obtener el certificado; Los criterios deberán atender a las características de los establecimientos, y a la naturaleza de los servicios.

III. Seleccionar al personal técnico de las instituciones del Sistema Nacional de Salud que integrará los grupos de evaluación del Programa y establecer los requisitos profesionales que deberáncubrir para que funjan como evaluadores del Programa;

IV. Expedir los certificados a los establecimientos de atención médica que cumplan con las especificaciones establecidas en el Programa;

V. Evaluar el Programa cada dos años y, en su caso, realizar las modificaciones correspondientes.

CUARTO. Para el cumplimiento del presente Acuerdo, el Consejo se auxiliará de una Comisión, que se integrará y funcionará conforme a lo siguiente:

I. La Comisión se integrará por el Secretario del Consejo quien la presidirá y un representante de los vocales titulares del Consejo: de la Secretaría de Salud; del Instituto Mexicano del Seguro Social; del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Universidad Nacional Autónoma de México; de la Academia Nacional de Medicina, y de la Academia Mexicana de Cirugía. Además de un representante de las siguientes instituciones y organismos:
- **a)** Comisión Nacional de Arbitraje Médico;
- **b)** Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina;
- **c)** Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.;
- **d)** Sociedad Mexicana de Salud Pública;
- **e)** Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud;
- **f)** Colegio Médico de México;
- **g)** Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, y
- **h)** Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.

II. La Comisión tendrá las siguientes atribuciones:
- **a)** Estudiar y proponer al Consejo los criterios de evaluación para la certificación de los establecimientos de atención médica;
- **b)** Proponer al Consejo los requisitos profesionales que deberán reunir los evaluadores institucionales;
- **c)** Proponer al Consejo los requisitos que deberán reunir los Establecimientos de Atención Médica para ser evaluados;
- **d)** Elaborar el Programa de capacitación para los evaluadores;
- **e)** Recibir y revisar las evaluaciones;
- **f)** Dictaminar sobre las evaluaciones realizadas;
- **g)** Determinar la calificación para obtener el certificado;
- **h)** Mantener actualizados los criterios de evaluación de acuerdo al nivel y complejidad de los Establecimientos de Atención Médica.
- **i)** Difundir el Programa en las Instituciones del Sistema Nacional de Salud y a la sociedad en general, y
- **j)** Elaborar su reglamento interior.

III. Para la organización del Programa, la Comisión se apoyará con un órgano coordinador cuyas funciones son:
- **a)** Planear y evaluar el Programa de Certificación;
- **b)** Promover la Certificación de los Establecimientos de Atención Médica;
- **c)** Sistematizar el registro de los Establecimientos de Atención Médica inscritos al Programa;
- **d)** Organizar y supervisar el desempeño de los evaluadores;
- **e)** Capacitar en forma permanente a los evaluadores;
- **f)** Elaborar los manuales a utilizar por los evaluadores;
- **g)** Analizar y validar técnicamente el resultado de las evaluaciones, y
- **h)** Servir de enlace entre el Consejo y la Comisión.

El Consejo dispondrá lo necesario para que la Comisión se integre en un plazo no mayor de treinta días, contados a partir de la entrada en vigor del presente Acuerdo.

QUINTO. Para el cumplimiento del presente Acuerdo, corresponde a la Secretaría de Salud:

I. Informar al Consejo respecto de los establecimientos de atención médica que hayan incumplido las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud, sus reglamentos y normas oficiales mexicanas, y

II. Elaborar, conforme al procedimiento respectivo, las normas oficiales mexicanas y/o normas mexicanas a que deberán sujetarse los establecimientos de atención médica, para lo cual se tomarán en cuenta los resultados del Programa ejecutado por el Consejo.

SEXTO. Para el cumplimiento del presente Acuerdo, corresponde a las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud:

I. Otorgar en los términos que acuerden con el Consejo el apoyo necesario para la instrumentación del Programa;

II. Asignar a las personas que la Comisión considere necesarias para que sean capacitadas y acreditadas para que funjan como evaluadores del Programa.

Transitorios

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación y tendrá vigencia indefinida y en cualquier tiempo podrá ser modificado o adicionado.

SEGUNDO. El presente Acuerdo abroga las siguientes disposiciones jurídicas: Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1 de abril de 1999.

Los Criterios para la certificación de hospitales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 1999. La Convocatoria dirigida a las personas físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de julio de 1999 y las Modificaciones a los criterios para la certificación de hospitales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 13 de junio de 2000.

El presente Acuerdo se firma en dos ejemplares, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintidós días del mes de agosto de dos mil dos.- El Secretario de Salud, **Julio Frenk Mora**.- Rúbrica.- La Secretaria del Consejo de Salubridad General, **Mercedes Juan López**.- Rúbrica.

AL. 10

CONVENIO GENERAL DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SUSCRITO EL 14 DE MARZO DE 2003

CONVENIO GENERAL DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL QUE EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CELEBRAN POR UNA PARTE LA SECRETARÍA DE SALUD, REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL DR. JULIO JOSÉ FRENK MORA, SECRETARIO DE SALUD, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO LA "SSA", EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL DR. SANTIAGO LEVY ALGAZI, DIRECTOR GENERAL DE DICHO INSTITUTO, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO EL "IMSS"; Y EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL LIC. BENJAMÍN GONZÁLEZ ROARO, DIRECTOR GENERAL DE DICHO INSTITUTO, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO EL "ISSSTE"; AL TENOR DE LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS.

Consideraciones

1. En términos de lo dispuesto en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, todo individuo tiene derecho ala protección de la salud, por lo cual el estado considera como parte esencial de su misión, la búsqueda continua de mecanismos que mejoren el acceso de las personas a los servicios de salud.

2. El estado, a través de diversas leyes reglamentarias de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ha creado instituciones y programas que buscan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. En este sentido, destacan por su alcance en el ámbito federal, la Ley del Seguro Social, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley General de Salud.

3. De conformidad con el artículo 5º de la Ley General de Salud, se estableció el Sistema Nacional de Salud, el cual está integrado por as dependencias y entidades de la administración Pública Federal y local, así como por las personas físicas y morales de los sectores social y privado, que prestan servicios en materia de salud, incluyendo los mecanismos de coordinación de acciones respectivos.

   Lo anterior, en el entendido de que la SSA es la encargada de coordinar el Sistema Nacional de Salud, a fin de dar cumplimiento al multicitado derecho a la protección de la salud.

4. En términos del artículo 6º de la citada Ley Genera de Salud, el Sistema Nacional de Salud tiene como objetivos primordiales: (i) proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionan y causan daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas respectivas; (ii) contribuir al desarrollo demográfico armónico del país, (iii) impulsar el desarrollo familiar y comunitario, así como la integración social al crecimiento físico y mental de la niñez; (iv) impulsar un sistema nacional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud, entre otros.

5. Atendiendo a lo dispuesto en la Ley General de Salud, para efectos del presente Convenio, por servicios de salud se entiende todas las acciones encaminadas al beneficio tanto de un individuo como de la sociedad en general, dirigidas a la protección, promoción y restauración de la salud de la persona y de la colectividad.

6. Para efectos del presente Convenio, se consideran únicamente los servicios de salud referidos como servicios públicos a la población en general los servicios a derechohabientes de las instituciones públicas de seguridad social.

   Los servicios públicos a la población en general contemplan aquellos que se prestan en establecimientos públicos de salud, a la población en general que así lo requiera, y se encuentran regidos por el criterio de universalidad y de gratuidad sujeto a las condiciones socioeconómicas de los usuarios de dichos servicios, por lo que en este rubro se encuentran la propia SSA y los Sistemas Estatales de Salud.

   Por otro lado, los servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social son aquellos que se prestan por dichas instituciones a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas y a sus beneficiarios de conformidad con las leyes especiales que regulan la organización y el funcionamiento de las instituciones respectivas, encontrando en este rubro al IMSS e ISSSTE.

7. Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley General de Salud, existe la facultad de las instituciones de salud para llevar a cabo acciones de subrogación de servicios de salud que les corresponden de una manera oportuna, con calidad y bajo una atención profesional y un trato digno y respetuoso por parte de los profesionales, auxiliares y técnicos que laboran dentro de cada institución de salud.

   Similarmente, las legislaciones de los Institutos de Seguridad Social contemplan la posibilidad de celebrar convenios con otras instituciones para el óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada.

   El Programa Nacional de Salud 2001-2006 contiene estrategias y líneas de acción encaminadas al mejor aprovechamiento de la infraestructura de las instituciones de salud, mediante mecanismos de concertación y acuerdo, tomando en consideración las leyes y reglamentos institucionales en busca de una mejor operación sectorial y en beneficio de los usuarios o derechohabientes de las instituciones de salud.

   Asimismo, dicho Programa establece criterios de calidad, equidad, eficiencia y protección financiera en la prestación de servicios de salud, a efecto de incrementar la cobertura de los mismos, fortaleciendo el sistema de salud y las instituciones públicas de salud respectivas.

Declaraciones

I. Declara la "SSA", por conducto de su representante legal:
   a) Que es un dependencia del Poder Ejecutivo Federal, que tiene a su cargo el desempeño de las atribuciones y facultades que le confieren la Ley Orgánica de la Administración Pública Federa, la Ley General de Salud y demás leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y disposiciones jurídicas aplicables.
   b) Qué términos de legislación federal, le corresponde establecer y conducir la políticas nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como coordinar el Sistema Nacional de Salud en toda la República.
   c) Que en el marco del Sistema Nacional de Salud, le corresponde a través de los debidos mecanismos de coordinación con las instituciones de salud respectivas, el orientar y ejecutar las políticas de salud y de seguridad social del Gobierno Federal, con la participación del "IMSS" y del "ISSSTE", a efecto de alcanzar un mejoramiento integral de los niveles de salud y buscar la equidad, la calidad y la protección financiera.
   d) Que su representante legal, el Dr. Julio José Frenk Mora, Secretario de Salud, fue nombrado con fecha 1° de diciembre de 2000 por el C. Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Vicente Fox Quesada, y cuenta con las facultades legales suficientes y necesarias para suscribir el presente Convenio de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 del Reglamento de la Secretaría de Salud.

II. Declara el "IMSS" por conducto de su representante legal:
   a) Que es un organismos público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios de conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 50 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, y 5 de la Ley del Seguro Social, que es el instrumento básico de la seguridad social, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4° y 5° de su Ley.
   b) Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 89 de la Ley del Seguro Social, está facultado para prestar sus servicios en materia de medicina preventiva, atención médica, manejo y atención hospitalaria y rehabilitación de cualquier nivel a través de su propio personal e instalaciones, o bien, a través de instituciones y organismos de salud de los sectores públicos federa. Estatal y municipal con los que puede celebrar convenios de cooperación colaboración a efecto de buscar el máximo aprovechamiento de la capacidad instalada de dichas instituciones y organismos.
   c) Que de conformidad con lo dispuesto en los artículos 89, fracción IV y 251, fracciones IV, XX, XXXII y XXXVI, de la Ley del Seguro Social, el IMSS está facultado para llevar a cabo la celebración del presente Convenio.
   d) Que de su representante legal, el Dr. Santiago Levy Algaza, quien fue nombrado Director General del IMSS con fecha 1° de diciembre de 2000 por el C. Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, el Lic. Vicente Fox Quesada, cuenta con las facultades legales suficientes y necesarias para suscribir el presente Convenio de conformidad con lo establecido en el artículo 268, fracciones III y IX de la Ley del Seguro Social.

III. Declara el "ISSSTE" por conducto de su representante legal:
   a) Que un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y en el artículo 5° de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, cuyo objetivo es la administración de los seguros, prestaciones y servicios del régimen obligatorio de seguridad social, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 3° y 4° de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
   b) Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 27 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, está facultado para prestar sus servicios médicos en materia de seguros de riesgo de trabajo, de enfermedad, de maternidad y los servicios de medicina preventiva pueden ser prestado directamente, o a través de empresas o instituciones de presten dichos servicios, mediante la celebración de los convenios respectivos.
   c) Que de conformidad con lo establecido en el artículo 146 de la Ley del Instituto del Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del estado, éste podrá celebrar convenios con las entidades de la Administración Pública y con los gobiernos de los Estados o de los Municipios, a fin de que sus trabajadores y familiares derechohabientes reciban las prestaciones y servicios de régimen obligatorio de esta Ley.
   d) Que para el ejercicio de sus funciones y atribuciones, en términos de lo establecido en los artículos 149 y 150, fracción X de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto puede llevar a cabo la celebración de toda clase de actos jurídicos y celebrar los cont4atos y/o convenios que requiera el servicio a su cargo.
   e) Que su representante legal, el Lic. Benjamín González Roaro, quien fue nombrado Director General del ISSSTE con fecha 1° de diciembre de 2000 por el C. Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, el Lic. Vicente Fox Quesada, cuenta con las facultades legales suficientes y necesarias para suscribir el presente Convenio de conformidad con el artículo 163, fracción I de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

IV. Declaran la "SSA", el "IMSS" y el "ISSSTE", de manera conjunta por producto de sus representantes legales:
   a) Que reconocen como una política de beneficio general, la coordinación entre las instituciones de salud y de seguridad social para el óptimo aprovechamiento de sus recursos, la mejor atención a sus usuarios o derechohabientes, y la consecución de los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006.
   b) Que esta coordinación contribuirá a ampliar las oportunidades de acceso a los servicios de salud, a la calidad de la atención y a la equidad en la prestación de dichos servicios, lo cual puede representar una mejoría en la calidad de los servicios, ahorro significativo en los rubros de inversión y con ello contribuir a la eficiente distribución de los recursos financieros, con los que cuentan las instituciones de salud y de seguridad social.
   c) Que en Virtud de existen brecha en la capacidad instalada entre las instituciones de salud y de seguridad social

para llevar a cabo la prestación de servicios de Salud y de seguridad social para llevar a acabo la prestación de servicios de salud y que pueden presentarse casos específicos de oferta en relación a recursos de primero, segundo y tercer nivel, equipo, capacidades de diagnóstico, tratamientos específicos, subespecialidades médicas o la operación de programas prioritarios de salud, han determinado coordinar sus esfuerzos con el objeto de acordar un marco de concertación y entendimiento entre ellas que facilite el cumplimiento de las leyes a efecto de mejorar las condiciones en que se lleva a acabo la prestación de los servicios de salud a la población mexicana.

d) Que con fecha 2 de octubre de 2001, celebraron un Memorando de Entendimiento para la Optimización del Sistema Nacional de Salud, en virtud del cual se comprometieron a desarrollar las acciones necesarias para facilitar la colaboración entre ellas, mediante la planeación conjunta, la participación de recursos humanos, el aprovechamiento de instalaciones, el uso de recursos técnicos y tecnológicos, así como la prestación coordinada de servicios, a efecto de garantizar y facilitar el acceso a los servicios médicos que prestan a sus derechohabientes o usurarios, a través de la celebración de los convenios de colaboración respectivos.

Una vez expuestas las Consideraciones y Declaraciones que anteceden, la "SSA", el "IMSS" y el "ISSSTE" acuerdan someterse a lo dispuesto en las siguientes:

Cláusulas

PRIMERA.- Objeto. El objeto del presente Convenio es establecer las bases generales, términos y condiciones que regirán a las partes para el mejor aprovechamiento de su infraestructura de salud, a fin de lograr la óptima operación interinstitucional en beneficio de los usuarios o derechohabientes de las mismas, bajo criterios de calidad, equidad, eficiencia y protección financiera, a efecto de incrementar la cobertura de sus servicios, fortaleciendo así el sistema de salud, mediante la celebración de convenios específicos que celebren al amparo del presente instrumento jurídico.

SEGUNDA.- Adhesión de convenios locales a convenio nacional. La "SSA", el "IMSS" y el "ISSSTE" acuerdan que los términos y condiciones establecidos en el presente Convenio serán obligatorios para sus delegaciones, unidades desconcentradas y demás instancias que se localicen dentro del territorio nacional y que cuenten con capacidad para llevar a cabo la celebración de los convenios respectivos a que se refiere el presente Convenio. Los convenios específicos que se celebren al amparo del presente instrumento, deberán ser depositados ante la Comisión de Evaluación a que se refiere la Cláusula Décima Quinta del presente Convenio.

TERCERA.- Modalidades de convenios. Los servicios podrán adoptar, de manera enunciativa más no limitativa, las siguientes modalidades:

a) Por servicios médicos, que podrán incluir servicios hospitalarios por diagnóstico, servicios médicos específicos, y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y

b) Por grupos de población

Los convenios específicos que se celebren en los términos del presente instrumento, no implicarán por sí mismos una solicitud de servicios, sino que las solicitudes de servicios se harán en forma específica cumpliendo con los demás requisitos establecidos y en los convenios específicos respectivos.

Dichos convenios podrán incluir parámetros mínimos y máximos de solicitudes de servicio, expresadas en forma monetaria, pudiéndose también detallar por servicio.

CUARTA.- Diagnóstico de necesidades y oferta de servicios. La parte que actúe como solicitante de los servicios en los convenios específicos respectivos, deberá contar con un Diagnóstico de Necesidades, mismo que deberá reflejar y sustentar el tipo y la demanda de los servicios solicitados, atendiendo a las necesidades, capacidad, instalada y situación operativa de las parte solicitante. Por otro lado, la parte proveedora pondrá a disposición de la parte solicitante un Diagnóstico de Oferta de Servicios, mismo que deberá incluir la información relativa a la disponibilidad con la que cuente en materia de servicios, atendiendo a su infraestructura de salud y capacidad instalada.

QUINTA.- No discriminación en prestación de los servicios. Cualquier servicio que sea prestado en términos de lo dispuesto en el presente Convenio, será brindado de manera oportuna, eficaz y sin discriminación bajo criterios de edad, sexo, nivel socioeconómico y padecimiento preexistente.

SEXTA.- Calidad de los servicios. La parte proveedora deberá prestar los servicios con la misma calidad con la que normalmente los brinda a sus propios usuarios o derechohabientes.

SÉPTIMA.- Condiciones de los servicios. Los servicios que se presten en términos de los dispuesto en el presente Convenio estarán sujetos al personal, insumos, material, infraestructura e instalaciones con las que cuente cada unidad médica, y se proporcionarán siempre con apego a los horarios de trabajo, lineamientos de seguridad y atención establecidos por la parte proveedora, sujeto a su disponibilidad y sin que su capacidad financiera se vea afectada por el cumplimiento de las obligaciones del presente Convenio y de los convenios que se celebren a amparo del mismo.

OCTAVA.- Términos de referencia para la prestación de los servicios. Las partes que celebren convenios específicos al amparo del presente instrumento, atendiendo a sus propios procedimientos, se sujetará a los siguientes.

a) Cada una de las partes podrá definir mediante normatividad interna la instancia facultada para el envío del usuario o derechohabiente, según sea el caso, o bien, para solicitar la prestación de los servicios a la parte proveedora, así como los procedimientos internos que se deberán cumplir para poder solicitar servicios al amparo de este Convenio.

b) Tratándose de convenios específicos por grupos de población, la parte solicitante deberá entregar a la parte proveedora una lista con los nombres y los datos de los derechohabientes o usurarios que puedan llegar a requerir sus servicios. Para tal efecto, la parte solicitante deberá actualizar de manera constante la lista en cuestión. La parte proveedora se abstendrá de atender a personas que no se encuentran específicamente señaladas en dicha lista ya que de lo contrario, los costos correspondientes correrán a su cargo.

Asimismo, la parte solicitante será en todo momento responsable de la actualización antes mencionada, por lo que en ningún momento ésta podrá alegar en contra de la parte proveedora bajas o cambios en dicha lista que no hayan sido notificadas con oportunidad. Lo anterior, sujeto a las excepciones que para casos de urgencias se fijan en esta misma Cláusula.

c) Tratándose de convenios específicos por servicios médicos, las partes acordarán el contenido de los formatos de solicitud de servicios que deberán ser utilizados para la prestación de los servicios, los cuales en todos los casos deberán incluir como mínimo, el nombre del usuario o derechohabiente, su número de afiliación, según sea el caso, la descripción específica del servicio que sea solicitado, y un resumen del expediente clínico correspondiente, en caso de que se cuente con él.

d) Los derechohabientes o usuarios que requieran los servicios de la parte proveedora, deberán sujetarse en todo momento a la reglamentación que para tales efectos resulte aplicable en las instalaciones y unidades médicas de ésta.

e) En todos los casos, la parte proveedora de los servicios deberá integrar un expediente clínico por cada usuario o derechohabiente que reciba en su unidad médica, a efecto de documentar debidamente todos y cada uno de los conceptos que se incluyan dentro de los servicios que sean prestados. El expediente clínico antes mencionado deberá estar en todo momento a disponibilidad de la parte solicitante, quien tendrá la facultad de solicitar una copia del mismo.

f) Tratándose de urgencias médicas, los usuarios o derechohabientes según sea el caso, cuando enfrenten restricciones inmediatas de acceso a la institución que habitualmente les provee el servicio médico, podrán utilizar los servicios de cualquiera de las partes en los términos de las leyes y normatividad aplicable, acudiendo directamente al hospital o unidad médica que resulte adecuado.

El usuario o derechohabiente que demande la atención de urgencia, sus familiares o acompañantes deberán identificar, a la brevedad posible, ante la institución que preste los servicios, la afiliación del usuario o derechohabiente mediante su tarjeta de adscripción, credencial de elector o identificación oficial con fotografía en caso de no contar con ningún tipo de afiliación médica.

En el transcurso de las próximas 24 (veinticuatro) horas, la parte proveedora, de acuerdo a sus propios procedimientos, notificará a la parte implícitamente solicitante del caso de urgencia en cuestión y de dará trámite de acuerdo a los procedimientos médicos del caso. La parte solicitante será responsable del pago correspondiente por los servicios que se hayan prestado, en los términos de este Convenio y de los convenios que se celebren al amparo del mismo.

g) En lo referente a gastos de traslado de los usuarios o derechohabientes que requieran los servicios, a menos que los convenios específicos estipulen lo contrario, éstos correrán en primera instancia a cargo de la parte solicitante de dichos servicios, en particular los asociados al transporte para ingreso y retiro de los pacientes de las unidades médicas u hospitales de la parte proveedora.

Los traslados que se efectúen como parte de la prestación de los servicios estarán a cargo de la parte proveedora de los mismos. En aquellos casos en que la parte proveedora dé de alta al paciente y éste no haya sido retirado de sus instalaciones, el uso adicional de servicios a los gastos de transporte en que debe incurrir la parte proveedora para trasladar al paciente fuera de sus instalaciones, correrá a cargo de la parte solicitante.

h) En el supuesto de que durante la prestación de los servicios se requiera la expedición de certificados de incapacidad médica, éstos en todo momento deberán ser expedidos por la parte solicitante de los servicios respectivos, atendiendo a lo dispuesto en el expediente clínico que se haya integrado conforme al inciso e) anterior y conforme a sus procedimientos internos.

NOVENA.- Financiamiento de los Servicios Solicitados. Las partes acuerdan establecer los mecanismos institucionales que garanticen invariablemente la suficiencia presupuestaria de los servicios solicitados a la parte proveedora de los servicios, quedando prohibido requerir servicios que no cuenten con el respaldo presupuestario dentro de cada ejercicio fiscal.

DÉCIMA.- Mecanismos de pago. Las partes convienen en diseñar e instrumentar un mecanismo de pago de los servicios solicitados que permita agilidad en las contraprestaciones, simplifique los controles, abata los gastos de administración y promueva la transparencia de la conciliación de los pagos por los diferentes servicios.

Al efecto, se fija un plazo de 60 días naturales para formalizar los procedimientos del sistema de pagos, mismos que formarán parte de este convenio marco.

DÉCIMA PRIMERA.- Registro de Contratos de Servicios. Las partes que celebren convenios específicos al amparo de este Convenio, deberán sujetarse a los siguientes mecanismos de fijación de precios:

Modalidad	Catálogo	Mecanismo de fijación de precio
Servicios hospitalarios por diagnóstico.	Grupos relacionados de Diagnóstico o sistema comparable de clasificación de pacientes.	A nivel nacional por la parte solicitante.
Servicios médicos específicos: consulta de especialidades, casos de urgencia, servicios ambulatorios de alta especialidad.	Catálogo nacional de referencia con modalidades de acuerdo a condiciones locales.	A nivel local por parte proveedora referencia a costos unitarios.
Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.	Catálogo nacional de referencia con modalidades de acuerdo a condiciones locales.	A nivel local por parte proveedora referencia a costos unitarios.
Servicios por grupos de población.	Factores por grupo de edad y sexo, así como ajustes especiales de riesgo de aplicación general.	A nivel nacional por la parte solicitante.

DÉCIMA SEGUNDA.- Comisión de evaluación y grupos de trabajo a nivel local. La "SSA", el "IMSS" y el "ISSSTE" conformarán una Comisión de Evaluación, en lo sucesivo la "Comisión", misma que deberá estar integrada por al menos 6 (seis) miembros, los cuales deberán ser representantes de las pareas médicas, financiera jurídica de cada una de ellas.

Dicha "Comisión" deberá reunirse por lo menos 1 (una) vez cada 3 meses, y de cada sesión se levantará una acta que contenga los acuerdos, temas y soluciones que se hayan adoptado. El acta antes mencionada será debidamente firmada por todos y cada uno de los representantes o miembros de la "Comisión".

A efecto de considerar debidamente instalada la sesión, será necesaria la participación de la mayoría de los presentes. Para el cabal desempeño de la "Comisión", podrá llevar a cabo las acciones siguientes:

a) Evaluar el desarrollo y funcionalidad de este Convenio y de los convenios que se celebren al amparo del mismo.
b) Abordar los mecanismos de información, seguimiento y control de los convenios que se suscriban bajo el presente Convenio.
c) Analizar las distintas variables que sean susceptibles de interpretación, corrección y modificación para facilitar la operabilidad del presente Convenio y de los convenios celebrados al amparo del mismo.
d) Recomendar los mecanismos de revisión respecto del cumplimiento y supervisión de las obligaciones asumidas por las partes que celebren los convenios respectivos.
e) Llevar a cabo la evaluación y, en su caso, mediación de aquellas controversias que pudieran suscitarse a partir de la celebración del presente Convenio, así como entre las partes que celebren convenios al amparo del mismo, y demás asuntos relacionados.

No obstante lo anterior, las partes que celebren convenios específicos al amparo del presente instrumento, podrán acordar la creación de un grupo de trabajo a nivel local, mismo que deberá integrase por las personas que las partes designen para tales efectos.

Dicho grupo de trabajo sesionará bajo lineamientos y mecanismos que las partes acuerden en el convenio específico, y tendrá como objetivo principal el participar en la solución en primera instancia de cualquier controversia que se suscite en virtud de la celebración del convenio específico respectivo según lo señalado en la Cláusula Décima Séptima del presente instrumento.

Las partes que celebren convenios específicos al amparo del presente instrumento, deberán depositar un ejemplar del mismo ante la "Comisión", dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes a la fecha de su celebración.

DÉCIMA TERCERA.- Informe trimestral. La parte solicitante se obliga a integrar un informe trimestral por escrito, a efecto de facilitar el proceso de evaluación y seguimiento de los casos, en el cual se deberá identificar si ha sido resolutiva la atención médica brindada, así como someter a consideración de la "Comisión" cualquier aspecto operativo o práctico que deba ser revisado, y en su caso modificado, para una mejor aplicación de los términos y condiciones establecidos en el presente Convenio y de los convenios específicos respectivos. El informe antes mencionado podrá ser solicitado por la "Comisión" cuando así lo considere conveniente para el cumplimiento de sus fines.

DÉCIMA CUARTA.- Sistemas de información. Tanto la parte solicitante como la parte proveedora de los servicios se obligarán a llevar un control de los servicios y en su caso de los pacientes referidos, a fin de monitorear y dar seguimiento a cada uno de los mismos, evaluar, la calidad y el costo de atención, la cobertura de los servicios, así como la efectividad del proceso de transferencia de los servicios y de los pagos respectivos.

DÉCIMA QUINTA.- Confidencialidad. Las partes que celebren convenios específicos al amparo del presente instrumento, se obligan a guardar y mantener la confidencialidad de cualquier información que sea recibida, proporcionada o dada a conocer por otra parte, incluyendo de manera enunciativa más no limitativa, toda aquella información relativa a sus operaciones, servicios, reportes o resultados de laboratorio, métodos, procesos, información financiera, información técnica, listas de usuarios o derechohabientes, planes, proyectos, políticas de operación, costos, o cualquier otra información, aún cuando dicha información conste en cualquier clase de documento, archivo, material, medio magnético y/o electrónico en donde se haga constar la citada información en lo sucesivo la "Información Confidencial".

Las partes se obligarán a: (i) no revelar y/o transmitir la "Información Confidencial" a terceros; (ii) proteger la "Información Confidencial" que les haya sido revelada, con el mismo grado de cuidado con el que protegen a su propia "Información Confidencial"; y (iii) no utilizar en beneficio de terceros la "Información Confidencial" para fines distintos a los previstos en los convenios respectivos.

Las partes en ningún caso considerarán como "Información Confidencial": (i) toda aquella información que hubiesen poseído con anterioridad a la fecha de celebración de los convenios respectivos; (ii) toda aquella información que obtengan legalmente de un tercero; (iii) toda aquella información que por su naturaleza sea del dominio público; (iv) toda aquella información que sea revelada por una de las partes previa autorización por escrito de la otra; (v) toda aquella información que sea desarrollada en forma independiente por cada una de las autoridades judiciales o administrativas, al grupo de trabajo local respectivo o a la Comisión de Evaluación, o bien que dicho requerimiento de divulgación sea resultado de una orden, sentencia o laudo que sea obligatorio para cada una de las partes, situación en la cual la parte que tenga que revelar dicha información, deberá inmediatamente informar por escrito a la otra sobre dicha circunstancia.

DÉCIMO SEXTA.- Relaciones laborales. Las partes expresamente convienen en que todo el personal que utilice para cualquier actividad relacionada con el objeto del presente Convenio y/o de los convenios específicos respectivos, será personal única y exclusivamente contratado por cada una de ellas, y dado que la parte proveedora deberá contar con los recursos humanos y presupuestarios propios y suficientes para cumplir con las obligaciones que se deriven de la relación laboral con su personal, la parte proveedora será exclusivamente responsable de las obligaciones laborales que surjan de las relaciones existentes con su personal.

En ningún caso y por ningún concepto podrá considerarse a ninguna de las partes como patrón director o sustitutivo del personal de la otra parte, por lo que cada una de ellas se obliga a hacerse responsable de todas la reclamaciones individuales o colectivas que por cualquier razón pudieren llegar a presentarse respecto a sus trabajadores, así como las sanciones que en su caso pudieren imponer las autoridades administrativa o judiciales del trabajo.

Cada una de las parte se obliga a sacar en paz y a salvo a la otra, frente a toda reclamación, demanda, litigio o sanción que su personal pretendiese fincar o entablar en contra de la otra parte a consecuencia de la citada relación laboral.

DÉCIMA SÉPTIMA.- Quejas de los usuarios o derechohabientes. Si durante la prestación de los servicios se llegaré a presentar algún caso de insatisfacción por parte de algún usuario o derechohabiente por actos u omisiones de la parte proveedora de los servicios, dicha queja estará sujeta a los procedimientos internos de la parte proveedora de los mismos, sin perjuicio de las demás acciones legales que conforme a derecho le correspondan al usuario o derechohabiente en cuestión.

La parte proveedora deberá llevar a cabo todas las acciones que estén a su alcance para la solución de la queja en cuestión. En caso de que la parte solicitante deba llevar a cabo acciones adicionales para la atención de dicha queja, ésta tendrá derecho a la restitución de los gastos y costos incurridos.

La parte solicitante no asumirá en ningún caso responsabilidades civiles o penales derivadas de la atención por acciones de la parte proveedora o de su personal.

Lo anterior, en el entendido de que para efecto de recepción y atención de quejas por parte de los usurarios o derechohabientes de los servicios, la parte proveedora les dará el mismo trato que sus propios usuarios o derechohabientes.

DÉCIMA OCTAVA.- Solución de controversias. Tratándose de controversias o desacuerdos relacionados con el presente Convenio, dichas controversias o desacuerdos, a solicitud por escrito de cualquiera de las parte, serán referidas a la Comisión de Evaluación quien actuará como mediador tratando de que las partes involucradas lleguen a una conciliación amigable.

Para ello, la Comisión se reunirá a la brevedad posible con ellas, en un esfuerzo de buena fe para tratar de solucionar dicha controversia o desacuerdo. En el supuesto de que las partes involucradas en la controversia no llegasen a una conciliación amigable dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en la que se haya iniciado el mecanismo de mediación ante la Comisión las partes tendrán la libertad de ejercer las acciones legales que conforme a derecho les correspondan, sometiéndose a las leyes y tribunales federales.

Asimismo, tratándose de controversias o desacuerdo relacionados con los convenios específicos que se celebren al amparo del presente instrumento, dichas controversias o desacuerdos serán resueltas en primera instancia con la intervención del grupo de trabajo local respectivo.

Si las partes no llegasen a un acuerdo, dichas controversias o desacuerdos, a solicitud por escrito de cualquiera de las partes, serán referidas a la Comisión de Evaluación, quien actuará como mediador tratando de que las partes involucradas lleguen aun conciliación amigable. Para ello, la comisión se reunirá a la brevedad posible con ellas, en un esfuerzo de buena fe para tratar de solucionar dicha controversia o desacuerdo.

En el supuesto de que las partes involucradas en la controversia o desacuerdo no llegasen a una conciliación amigable dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se haya iniciado el mecanismo de mediación ante la Comisión, las partes tendrán la libertad de ejercer las acciones legales que conforme a derecho les correspondan, sometiéndose a la leyes y tribunales federales.

DÉCIMO NOVENA.- Vigencia del Convenio General y de los convenios específicos. La vigencia del presente Convenio será indefinida y comenzará a partir de la fecha de su celebración.

En lo que respecta a la vigencia de los convenios específicos que sean celebrados al amparo del presente Convenio, ésta deberá coincidir con cada ejercicio fiscal. Lo anterior en el entendido de que, el 31 de agosto de cada año, comenzando en el 2003, las instancias presupuestarias y médicas de cada una de las partes presentarán una evaluación conjunta del funcionamiento del convenio respectivo, y recomendarán la conveniencia de su continuación y las modificaciones que en su caso correspondan.

A más tardar el 30 de octubre de 2003, las partes deberán acordar las modificaciones que correspondan, a fin de que con esa misma fecha límite se modifiquen, en su caso, los convenios específicos respectivos. En todos los casos se procurará que todas las modificaciones entren en vigor el 1° de enero del ejercicio fiscal subsecuente.

VIGÉSIMA.- Terminación anticipada. El presente Convenio y los convenios específicos que se celebren al amparo de éste podrán darse por terminados de manera anticipada, mediante el simple aviso por escrito a la (s) otra (s) parte (s), con al menos 60 (sesenta) días naturales de anticipación.

Lo anterior, en el entendido de que aún cuando el presente Convenio o el convenio específico respectivo se dé por terminado anticipadamente, las obligaciones que subsistan a dicha fecha, incluyendo sin limitar, pagos pendientes, servicios ya iniciados o por concluir, deberán ser cubiertas a satisfacción de las partes en los términos del presente Convenio y de los convenios respectivos.

VIGÉSIMA PRIMERA.- Causas de Terminación. Los convenios específicos celebrados al amparo del presente instrumento, podrán darse por terminados por cualquiera de las partes, en virtud del incumplimiento de cualquier de las obligaciones contempladas en los mismo, siempre y cuando la parte que haya incumplido, haya fallado en corregir dicho incumplimiento dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al aviso por escrito que le haya dado la arte afectada sobre dicho incumplimiento, siguiendo para el efecto las reglas que establecen en la cláusula anterior.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- Comunicaciones. Las partes convienen en que todos los avisos, comunicaciones y notificaciones que deban darse por virtud del presente Convenio, deberán ser dirigidas a los domicilios que a continuación se indican, mismas que deberán constar por escrito y ser enviadas mediante correo certificado o mensajería privada con acuse de recibo, facsímil o bajo cualquiera otro medio inequívoco cuya recepción conste o sea confirmada por escrito por el destinatario.

Para la SSA:
Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretaría de Innovación y Calidad
Lieja No. 7, 1er. Piso,
Col. Juárez
Deleg. Cuauhtémoc, C. P. 06696

Para el IMSS:
Dr. Onofre Muñoz Hernández
Director de Prestaciones Médicas
Av. Paseo de la Reforma No. 476, 3er. Piso
Col. Juárez
Deleg. Cuauhtémoc, C. P. 06600

Para el ISSSTE:
Dra. Elsa Carolina Rojas Ortiz
Subdirectora General Médica
Av. San Fernando No. 54 / Edif.. A, 8° piso
Col. Toriello Guerra
Deleg. Tlalpan, C. P. 14050

En caso de cambio de domicilio, las partes se obligan a dar el aviso correspondiente a las otras partes con 15 (quince) días hábiles de anticipación a que dicho cambio de domicilio tenga lugar; de lo contrario, permanecerá vigente el domicilio señalado en la presente Cláusula.

En el caso de los convenios que se celebren al amparo del presente Convenio, estos deberán incluir los domicilios de las partes que los celebren para efectos de la presente Cláusula.

VIGÉSIMA TERCERA.- Modificaciones. Cualquiera modificación que se realice al presente Convenio y/o a los convenios específicos celebrados al amparo del mismo, deberá constar por escrito y debidamente firmado por las partes del convenio en cuestión para que se considere como válida.

Enteradas del alcance y contenido del presente Convenio, las partes lo firman por cuadruplicado en la Ciudad de México, D. F., el día catorce de marzo de 2003, quedando un ejemplar en poder de cada una de ellas y otro en el Consejo de Salubridad General.

Por la SSA, Dr. Julio José Frenk Mora (Rúbrica); por el IMSS , Dr. Santiago Levy Algazi (Rúbrica); por el ISSSTE, Lic. Benjamín González Roaro (Rúbrica).

AL.11

CRITERIOS GENERALES PARA LA PROGRAMACIÓN DEL GASTO E INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTATAL RELATIVA AL MANEJO FINANCIERO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, 2004

COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE FINANCIAMIENTO

CRITERIOS GENERALES PARA LA PROGRAMACIÓN DEL GASTO E INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTATAL RELATIVA AL MANEJO FINANCIERO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD 2004

Presentación

El Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, establece dentro de sus líneas estratégicas brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud, es por ello que con la Reforma a la Ley General de Salud, se creó el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular.

El Sistema de Protección Social en Salud es financiado de manera solidaria por la federación, los estados, el Distrito Federal y sus beneficiarios en los términos de los capítulos II y V de la Ley General de Salud.

El presente documento, contiene los criterios generales para realizar la programación del gasto de los recursos que recibirán las entidades federativas como cuota social y en su caso aportación solidaria federal, así como los criterios para la integración de la información financiera sobre el Sistema que deberán reportar los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud a la Comisión.

Introducción

Los Servicios de Salud Estatales participantes en el Sistema de Protección Social en Salud recibirán de la Federación, a través de la Comisión por medio de la Dirección General de Financiamiento, recursos por los conceptos de cuota social y en su caso aportación solidaria federal complementaria.

Estos recursos deberán sujetarse a las disposiciones para su ejercicio, control y fiscalización conforme a lo establecido en la Ley General de Salud, su Reglamento y en la normatividad estatal aplicable.

Los recursos transferidos a los Servicios de Salud en los Estados, complementan la Aportación Solidaria Estatal para brindar servicios de salud a la población afiliada de acuerdo con el Catálogo de Servicios Esenciales en Salud.

La Dirección General de Financiamiento, se encargará de efectuar los trámites correspondientes, para contar con la disponibilidad de los recursos y depositarlos, en la cuenta bancaria indicada por los Servicios de Salud del Estado.

La Dirección General de Financiamiento, realizará la transferencia de recursos equivalente al número de familias afiliadas y a sus características (oportunidades y no oportunidades) a las entidades federativas. La transferencia de la Cuota Social se realizará por trimestres anticipados y la Aportación Solidaria Federal (si aplica) será mensualmente.

Los recursos transferidos de acuerdo con la Ley General de Salud, sólo podrán utilizarse en los conceptos de gasto establecidos en los Acuerdos de Coordinación en las regiones donde se instrumente el Seguro Popular de Salud. Por lo que los Servicios de Salud en los Estados deberán enviar un Programa de Gasto a la Dirección General de Financiamiento.

La Dirección General de Financiamiento notificará, mediante oficio al titular de los Servicios de Salud en la entidad federativa, el monto transferido conforme al número de familias afiliadas y los ajustes en relación con el trimestre previo.

"De acuerdo con la Ley General de Salud, corresponde a los gobiernos de los estados aplicar de manera transparente y oportuna los recursos transferidos por la federación y las aportaciones propias para la ejecución de las acciones de protección social en salud, en función del Acuerdo de Coordinación que han firmado para tal efecto".

Criterios generales

A. PROGRAMACIÓN DEL GASTO

1. Conceptos de gasto del anexo IV del acuerdo de coordinación

1. Remuneraciones de personal directamente involucrado en la prestación de servicios de atención médica en el SPSS (médicos, enfermeras, técnicos, etc.)
2. Adquisición de medicamentos contemplados en el catálogo de Servicios Esenciales de Salud y otros insumos necesarios para la prestación de dichos servicios a los afiliados del SPSS.
3. Adquisición de equipo médico, instrumental, mobiliario médico, de laboratorio y gabinete; incluyendo vehículos destinados a la prestación de servicios (ambulancias, unidades móviles).
4. Rehabilitación y mantenimiento de unidades médicas.
5. Construcción de nuevos espacios para la provisión de servicios médicos incluidos en el Plan Maestro de Infraestructura.
6. De acuerdo con los conceptos de gasto anteriores, se propone el siguiente desglose para facilitar la aplicación de los mismos en las entidades federativas. Esta definición considera conceptos generales, que deberán adaptarse a los clasificadores estatales para su registro contable.

1.1. Remuneraciones de personal directamente involucrado en la prestación de servicios de atención médica en el SPSS (médicos, enfermeras, técnicos, etc.).

- Honorarios de médicos, enfermeras, paramédicos y personal afín a las unidades médicas participantes en el Seguro Popular.
- Honorarios de personal administrativo relacionado con la prestación de servicios de salud en unidades médicas participantes en el Seguro Popular.
- Capacitación a personal médico y afín.
- Vestuario, uniformes y blancos para el personal médico y afín contratado en las unidades médicas participantes.

1.2. Adquisición de medicamentos contemplados en el catálogo de Servicios Esenciales de Salud y otros insumos necesarios para la prestación de dichos servicios a los afiliados del SPSS.

- Medicinas y productos farmacéuticos.
- Insumos médicos y de laboratorio.
- Combustibles para calderas de las unidades médicas participantes.
- Subcontratación de servicios médicos hospitalarios y de laboratorio.
- Servicios de lavandería, higiene y fumigación en unidades médicas participantes.
- Servicios de recolección, traslado y tratamiento de R.P.B.I.
- Servicio de Agua en unidades médicas participantes.
- Servicio de Energía Eléctrica en unidades médicas participantes.
- Servicio Telefónico convencional en unidades médicas participantes.
- Servicios de alimentación para personas derivado de la atención médica en unidades participantes.
- Materiales informáticos y de oficina para unidades médicas.
- Publicaciones oficiales para licitaciones.

1.3 Adquisición de equipo médico, instrumental, mobiliario médico, de laboratorio y gabinete; incluyendo vehículos destinados a la prestación de servicios (ambulancias, unidades móviles).

- Equipo médico y de laboratorio para unidades médicas participantes.
- Instrumental médico y de laboratorio.
- Mobiliario Médico y Administrativo para unidades médicas participantes.
- Maquinaria industrial para unidades médicas participantes.
- Bienes informáticos para unidades médicas participantes.
- Ambulancias, unidades móviles y otros vehículos destinados a la prestación de servicios médicos a los afiliados al Seguro Popular.
- Generadores de energía, plantas, motogeneradoras de energía eléctrica, etc.
- Publicaciones oficiales para licitaciones.

1.4. Rehabilitación y mantenimiento de unidades médicas.

- Mantenimiento y conservación de unidades médicas participantes.
- Mantenimiento y conservación de maquinaria y equipo médico de las unidades médicas participantes.
- Mantenimiento de mobiliario y equipo de administración utilizado en unidades médicas participantes.
- Subcontratación de servicios de mantenimiento.
- Refacciones y accesorios para equipo de cómputo en las unidades médicas participantes.
- Rehabilitación de Unidades Médicas.
- Ampliación y modificación de la estructura en unidades médicas participantes.

1.5 Construcción de nuevos espacios para la provisión de servicios médicos incluidos en el Plan Maestro de Infraestructura.

- Obras de construcción de nuevos espacios para proveer servicios médicos.
- Obras de terminación y acabado de edificios.
- Servicios relacionados con obras públicas.

B. INTEGRACION DE LA INFORMACIÓN ESTATAL

2. Programa anual de gasto (anexo 1)

Las entidades federativas deberán elaborar cada año un programa anual de gasto a nivel partida estatal y conforme a los conceptos de gasto establecidos en el Anexo IV de los Acuerdos de Coordinación, para el ejercicio de los recursos transferidos por la federación (Cuota social y en su caso el complemento de la aportación solidaria federal).

2.1 Este programa se deberá elaborar con base en la meta de afiliación anualizada, propuesta y aprobada por la Comisión y conforme a los recursos federales que se recibirán por las familias afiliadas.

2.2 El programa de gasto deberá presentarse en el formato establecido por la Dirección General de Financiamiento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para tal efecto, con la finalidad de homologar la presentación de los programas de gasto.

Registro de los programas.

2.3 Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud deberán enviar cada año, a la Dirección General de Financiamiento de la Comisión, el Programa de Gasto elaborado con base en la meta de afiliación propuesta y aprobada por la Comisión.

2.4 La Comisión Nacional, a través de la Dirección General de Financiamiento, revisará que los programas se apeguen al Acuerdo de Coordinación y a la definición de conceptos descrita anteriormente, se analizarán los programas y se emitirán comentarios y observaciones. Si la entidad federativa no recibe respuesta de la SSA dentro de los primeros 15 días posteriores a la recepción de los Programas, estos se considerarán sin observaciones.

2.5 Si los Servicios de Salud en los Estados necesitan cambiar su programa de gasto deberán informar a la Dirección General de Financiamiento (DGF), sobre la modificación, para su revisión y comentarios. Si la DGF no emite una respuesta en un plazo de diez días se considerará sin comentarios.

3. Informes sobre el ejercicio de los recursos

3.1 Cuota social y en su caso aportación solidaria federal (anexo 2).

3.1.1 Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud tendrán la responsabilidad de llevar a cabo los procesos de adquisición de los bienes y servicios necesarios para la ejecución del programa.

3.1.2 Los Regímenes Estatales deberán enviar mensualmente (para facilitar la integración y oportunidad de la información) a la Dirección General de Financiamiento, dentro de los 10 días siguientes al mes que se reporta:

- El avance del ejercicio presupuestal, de los recursos transferidos, a nivel de partida de gasto. Utilizando el formato del Anexo 2.

3.1.3 En el formato de avance del ejercicio deberá aparecer la firma del Titular de los Servicios de Salud en el Estado, la del Responsable de la Administración de los Recursos, y la del Responsable del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

3.1.4 Estos reportes deberán incluir la leyenda "LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL COMPROBATORIA CORRESPONDIENTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS FISCALES, ADMINISTRATIVOS Y NORMATIVOS VIGENTES Y SE ENCUENTRAN PARA SU GUARDA Y CUSTODIA EN ESTA UNIDAD ADMINISTRATIVA, MISMA QUE ESTÁ A DISPOSICIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD PARA SU REVISION O EFECTOS QUE SE CONSIDEREN PROCEDENTES."

3.1.5 Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud serán las responsables de guardar la documentación comprobatoria original de los gastos efectuados durante un período mínimo de **5 años** y de acuerdo con lo establecido en la normatividad estatal aplicable, contados a partir del ejercicio siguiente a aquel en que se elabore el documento, conforme al acuerdo que establece los criterios a que se sujetará la guarda, custodia y plazo de conservación del archivo contable gubernamental.

4. Cuotas de los afiliados

4.1. Los afiliados al Sistema de los deciles III al X deberán participar en el financiamiento del mismo a través de cuotas familiares; es responsabilidad de los Regímenes Estatales, el control y seguimiento del pago de estas cuotas y deberán informar a la Comisión sobre su manejo y destino.

4.2. En los reportes que entreguen los Regímenes Estatales a la Comisión (Anexo 4) se deberá incluir el tiraje de recibos impresos, así como el número de folios de recibos utilizados, incluyendo los cancelados.

Reporte sobre el destino de los recursos (Anexo 3)

4.3 La programación del destino de los recursos de las cuotas de las familias deberá considerar el abasto de medicamentos, la adquisición de equipo, y otros insumos para la salud necesarios para el Sistema de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud.

4.4 En la planeación y programación del destino de los recursos de las cuotas familiares los Regímenes Estatales deberán priorizar el otorgamiento de los servicios de salud especificados en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud Autorizados por la Comisión.

4.5 En los reportes que entreguen los Regímenes Estatales a la Comisión se deberá describir los recursos ejercidos, así como los comprometidos a la fecha de su emisión.

Reporte sobre la captación de los recursos (Anexo 4)

4.6 El reporte sobre la captación de los recursos deberá enviarse a la Comisión de forma trimestral en el formato denominado "Captación de Cuotas de las familias", del presente documento.

4.7 El reporte sobre el ejercicio de los recursos deberá enviarse a la Comisión en forma mensual en el formato denominado "Captación de cuotas de las familias" del presente documento.

4.8 En el caso de no ejercer recursos en un mes calendario deberá reportarse sin cambios en el formato establecido.

4.9 El reporte sobre el ejercicio de los recursos deberán presentarse a nivel partida estatal de gasto.

4.10 La Secretaría podrá suspender la transferencia de recursos federales a las entidades cuando los Regímenes Estatales dejen de informar en tiempo y forma sobre la administración y ejercicio de los recursos provenientes de las cuotas familiares.

5. Aportación solidaria estatal (ASE)

5.1 El registro de la ASE se realizará conforme a los Lineamientos Generales emitidos por la Comisión Nacional.

5.2 De acuerdo con los Lineamientos antes mencionados para la verificación de la Aportación que la entidad federativa realiza de forma directa al Sistema o ASE complementaria, la Comisión hará un seguimiento de los comunicados emitidos trimestralmente por la Entidad a la Comisión Nacional.

5.3 El Comunicado que emita la entidad federativa será un escrito libre firmado por el Titular de los Servicios de Salud en la Entidad, en donde se manifieste haber realizado la aportación correspondiente a la ASE complementaria del trimestre.

5.4 Para la verificación de los presupuestos estatales que integren la ASE de acuerdo con los lineamientos del criterio 6.1 la Comisión hará el seguimiento de los Estados Financieros que la entidad federativa deberá enviar de forma trimestral.

5.5 El ejercicio de los recursos que la entidad federativa aporte de forma directa al Sistema, se deberán realizar de acuerdo a estos criterios y reportarse de manera informativa a la Comisión.

Importancia de la informacion solicitada

De acuerdo con el artículo 77 Bis 5 fracción B-VIII de la Ley General de Salud y la cláusula Décima Sexta del Acuerdo de Coordinación con las entidades federativas, a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, deberán proporcionar, la información relativa al ejercicio de los recursos transferidos para la operación al Sistema de Protección Social en Salud.

De igual forma, deberán informar en tiempo y forma sobre la administración y ejercicio de los recursos provenientes de cuotas familiares conforme lo establece el artículo 81 del Reglamento de la Ley, la falta de esta información será causal de suspensión de la transferencia de recursos a las entidades federativas.

La solicitud de la información presupuestal se enmarca dentro de las actividades de supervisión y seguimiento que son responsabilidad de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, como lo establece el artículo 74 del Reglamento de la Ley.

Anexo I

SEGURO POPULAR DE SALUD

Servicios de Salud en el Estado de _____

Resumen de Programa de Gasto 2004

Ingreso de gasto conforme al Acuerdo de Coordinación	Clasificador Estatal PARTIDA	DESCRIPCIÓN	Total recursos a transferir por la Federación (Estimado en el año según meta de afiliación)
1			
		SUBTOTAL RUBRO 1	
2			
		SUBTOTAL RUBRO 2	
3			
		SUBTOTAL RUBRO 3	
4			
		SUBTOTAL RUBRO 4	
5			
		SUBTOTAL RUBRO 5	

TOTAL	

Anexo 2

SEGURO POPULAR DE SALUD

Servicios de Salud en el Estado de _____

CUOTA SOCIAL y en su caso ASFc
ESTADO DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO AL ___ DE_____ DE_____.
(PESOS)

Rubros del Acuerdo de Coord.	Clasificador Estatal	DESCRIPCIÓN	PRESUPUESTO				
	PARTIDA		PROG. DE GASTO ENV A DGF	EJERCIDO AL MES	EJERCIDO ACUMULADO	COMPROMETIDO	POR EJERCER
RUBRO 1							
RUBRO 2							
RUBRO 3							
RUBRO 4							
RUBRO 5							

LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL COMPROBATORIA CORRESPONDIENTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS FISCALES, ADMINISTRATIVOS Y NORMATIVOS VIGENTES Y SE ENCUENTRAN PARA SU GUARDA Y CUSTODIA EN ESTA UNIDAD ADMINISTRATIVA, MISMA QUE ESTÁ A DISPOSICIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD PARA SU REVISIÓN O EFECTOS QUE SE CONSIDEREN PROCEDENTES PARA VERIFICAR EL DESTINO FINAL DE LOS RECURSOS

(Nombre y Firma)	(Nombre y Firma)	(Nombre y Firma)
Titular de los Servicios de Salud	Responsable de la Administración de los Recursos	Responsable del Régimen Estatal de Protección Social en Salud

Anexo 3

SEGURO POPULAR DE SALUD

Servicios de Salud en el Estado de _____

CUOTA DE LAS FAMILIAS
ESTADO DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO AL___ DE_____ DE_____.
(PESOS)

Rubros del Acuerdo de Coord.	Clasificador Estatal	DESCRIPCIÓN	PRESUPUESTO				
	PARTIDA		CUOTAS CAPTADAS al	EJERCIDO EN EL MES	EJERCIDO ACUMULADO	COMPROMETIDO	POR EJERCER
RUBRO 2							
RUBRO 3							

(Nombre y Firma)
Titular de los Servicios de Salud

(Nombre y Firma)
Responsable de la Administración de los Recursos

(Nombre y Firma)
Responsable del Régimen Estatal de Protección Social en Salud

Anexo 4

SEGURO POPULAR DE SALUD

Servicios de Salud en el Estado de _____

CUOTA DE LAS FAMILIAS 2004

Familias afiliadas al: Estado de:

DECIL DE INGRESO	TRIMESTRE I		TRIMESTRE II		TRIMESTRE III		TRIMESTRE IV		TOTAL CUOTAS DE AFILIACIÓN
	Afiliados	Cuota Captada	Afiliados	Cuota Captada	Afiliados	Cuota Captada	Afiliados	Cuota Captada	
I*		Régimen no contributivo		Régimen no contributivo		Régimen no contributivo		Régimen no contributivo	
II*									
III									
IV									
V									
VI									
VII									
VIII									
IX									
X									
TOTAL									

* Los deciles I y II se encuentran bajo el régimen no contributivo, sin embargo deberán reportar el número de familias afiliadas

CONTROL DE RECIBOS EXPEDIDOS

Folio de recibos Impresos	No. de folios utilizados en el trimestre	Del folio	Al folio	No. de recibos cancelados
Del___ al___				

Depósitos efectuados en el Banco al número de cuenta _____

Titular de los Servicios de Salud

Responsable de Captación de Cuotas

Responsable de Régimen Estatal

ANEXO 5
Marco Jurídico

Definición del Sistema

LGS ARTÍCULO 77 BIS 2. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por Sistema de Protección Social en Salud a las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

La Secretaría de Salud coordinará las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en este Título.

REGLAMENTO LGS- ARTÍCULO 3. (…) Los Regímenes Estatales cubrirán a las familias beneficiarias que residan en la circunscripción territorial de cada entidad federativa y tendrán como funciones primordiales la promoción para la incorporación de familias al Sistema; la afiliación y verificación de la vigencia y tutela de derechos de los beneficiarios; la administración de los recursos financieros establecidos por la Ley para las entidades federativas, con excepción de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, que serán administrados directamente por los Servicios Estatales de Salud; la verificación de que los prestadores de servicios cumplan con los requisitos que establece la Ley; la gestión de pago a dichos prestadores, así como la rendición de cuentas.

Competencia de los estados y la federacion en materia de supervisión y rendición de cuentas

LGS ARTÍCULO 77 BIS 5. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en la ejecución de las acciones de protección social en salud quedará distribuida conforme a lo siguiente:

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

I.- Desarrollar, coordinar, supervisar, y establecer las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

(...)

XVII.- Evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento.

B) Corresponde a los gobiernos de los estados:

(...)

III.- Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias para la ejecución de las acciones de protección social en salud, en función de los acuerdos de coordinación que para el efecto se celebren.

(...)

V.- Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

(...)

VIII.- Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto;

De los acuerdos de coordinación

LGS ARTÍCULO 77 BIS 6. El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y los gobiernos de los estados y el Distrito Federal celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Para esos efectos, la Secretaría de Salud establecerá el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, en los cuales se determinarán, entre otros, los conceptos de gasto, el destino de los recursos, los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del Sistema.

De las aportaciones al Sistema

LGS ARTÍCULO 77 BIS 11. El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios (…).

LGS ARTÍCULO 77 BIS 16. Los recursos de carácter federal a que se refiere el presente Título, que se transfieran a los estados y al Distrito Federal no serán embargables, ni los gobiernos de los estados podrán, bajo ninguna circunstancia, gravarlos, afectarlos en garantía, ni destinarlos a fines distintos a los expresamente previstos en el mismo.

Dichos recursos se administrarán y ejercerán por los gobiernos de los estados y el Distrito Federal conforme a sus propias leyes y con base en los acuerdos de coordinación que se celebren para el efecto. Los gobiernos de los estados deberán registrar estos recursos como ingresos propios destinados específicamente a los fines establecidos en el presente Título.

LGS ARTÍCULO 77 BIS 21. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas, que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, las cuales deberán cubrirse en la forma y fechas que determine la Secretaría de Salud, salvo cuando exista la incapacidad de la familia a cubrir la cuota, lo cual no le impedirá incorporarse y ser sujeto de los beneficios que deriven del Sistema de Protección Social en Salud.

REGLAMENTO LGS. Art. 122. Las familias contribuirán de manera solidaria al financiamiento del Sistema mediante el pago de cuotas familiares establecidas en el artículo 77 Bis 21 de la Ley.

ACUERDO COORD. TERCERA, FRAC. IX. Aplicar los recursos que se reciben por concepto de cuota social, aportación solidaria federal y estatal, así como la cuota familiar de conformidad con lo señalado en la "Ley";

ACUERDO COORD. OCTAVA. Los recursos federales transferidos a "EL ESTADO" con motivo de la celebración del presente "Acuerdo", no podrán ser destinados a fines distintos a los expresamente previstos en el anexo IV del presente "Acuerdo", "SALUD" y "EL ESTADO" pactarán en cada ejercicio fiscal los límites máximos para cada concepto de gasto.

ACUERDO COORD. NOVENA. Los recursos que se transfieran, una vez devengados y conforme el avance del ejercicio deberán ser incorporados en la Cuenta de la Hacienda Pública del "ESTADO", sin que por ello pierdan su naturaleza fiscal y con sujeción a los requerimientos de los sistemas de información de "SALUD" que para el efecto establecen la "Ley" y el "Reglamento".

De las cuotas de las familias

LGS ARTÍCULO 77 BIS 22. Las cuotas familiares se recibirán, administrarán y aplicarán conforme a las disposiciones de esta Ley y serán destinadas específicamente al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud que sean necesarios para el Sistema de Protección Social en Salud.

LGS ARTÍCULO 77 BIS 24. Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud deberán presentar a la Secretaría de Salud, conforme a los lineamientos que la misma establezca, los informes que sean necesarios respecto del destino y manejo de las cuotas familiares.

LGS ARTÍCULO 77 BIS 27. Bajo el principio de solidaridad social, las cuotas familiares no serán objeto de devolución bajo ninguna circunstancia, ni podrán aplicarse a años subsecuentes en el caso de la suspensión temporal de los beneficios de la protección social en salud.

REGLAMENTO LGS ARTÍCULO 127. Serán sujetos del régimen no contributivo aquellas familias ubicadas en los deciles I y II de la distribución del ingreso, Conforme lo determine la Comisión en los lineamientos correspondientes. (…) Adicionalmente, se podrán considerar sujetos de incorporación al régimen no contributivo aquellas familias que cumplan cualquiera de los siguientes supuestos:

I. Ser beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal, residentes en localidades rurales;
II. Ser residentes de localidades de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes, y
III. Otros supuestos que fije la Comisión.

REGLAMENTO LGS Art. 128. Las cuotas familiares que los beneficiarios del Sistema deben cubrir para ser incorporados, serán sufragadas de manera anticipada, anual y progresiva, pudiendo liquidarse de manera trimestral.

REGLAMENTO LGS ARTÍCULO 129. Las cuotas familiares serán recibidas directamente por los Regímenes Estatales y se destinarán para el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para el Sistema.

REGLAMENTO LGS ARTÍCULO 130. Los Regímenes Estatales deberán informar trimestralmente a la Comisión del manejo y destino de las cuotas familiares, de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida la Secretaría.

REGLAMENTO LGS ARTÍCULO 135. La Comisión será responsable de efectuar la revisión anual de las cuotas familiares con base en la información que para tales efectos proporcionen los Regímenes Estatales y considerando lo establecido en el artículo 77 Bis 5, inciso A, fracción VI de la Ley.

REGLAMENTO LGS ARTÍCULO 138. Para los efectos del artículo 77 Bis 31 de la Ley, los Regímenes Estatales, a través de sus áreas de atención al público, recibirán y evaluarán las propuestas que realicen los beneficiarios respecto de la aplicación de sus cuotas.

ACUERDO COORD. TERCERA. Para la ejecución del presente "Acuerdo", "EL ESTADO" compromete a:
(…)
VII.- Remitir a "SALUD", en los primeros cuarenta y cinco días naturales de cada trimestre calendario, la información de las familias incorporadas al padrón del "SPSS" en el trimestre en curso, que incluya la cantidad de familias afiliadas y su vigencia, así como el monto aportado por concepto de cuotas familiares;

Del plan maestro de infraestructura

LGS ARTICULO 77 BIS 5 FRACC.IV.- Programar, de los recursos (…) aquellos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa, en congruencia con el plan maestro que se elabore a nivel nacional por la Secretaría de Salud;

LGS ARTÍCULO 77 BIS 10.- (…) Con la finalidad de fortalecer el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en salud, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a partir de las transferencias que reciban en los términos de este Título, deberán destinar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica, de conformidad con el plan maestro que para tal efecto elabore la Secretaría de Salud.

REGLAMENTO LGS ARTÍCULO 31. El Plan Maestro de Infraestructura es el instrumento rector al que se sujetarán los Servicios Estatales de Salud en los términos de los artículos 77 Bis 10 y 77 Bis 30 de la Ley, con el fin de racionalizar la inversión pública en infraestructura y garantizar la disponibilidad de recursos para la operación sustentable, así como definir las características de los centros regionales de alta especialidad.

REGLAMENTO LGS ARTÍCULO 34. El Plan Maestro de Infraestructura deberá considerar un panorama de diez años y en su contenido se deberá especificar lo relativo a la remodelación, equipamiento de alta tecnología y obra nueva en infraestructura física para la prestación directa, a través de los establecimientos públicos para la atención médica del Sistema.

Los establecimientos para la atención médica a que hace referencia el presente artículo que no se encuentren en el Plan Maestro de Infraestructura no podrán recibir financiamiento del mismo.

ACUERDO COORD. TERCERA, FRAC. VIII. Aplicar los recursos destinados a infraestructura, con base en el Plan Maestro a que se refiere el artículo 77 Bis 10 de la Ley;

De la información, la evaluación del sistema y la rendición de cuentas

LGS ARTÍCULO 77 BIS 31. Considerando el financiamiento solidario del Sistema de Protección Social en Salud, la Federación, los estados y el Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, dispondrán lo necesario para transparentar su gestión de conformidad con las normas aplicables en materia de acceso y transparencia a la información pública gubernamental.

Para estos efectos, tanto la Federación como los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a través de los servicios estatales de salud, difundirán toda la información que tengan disponible respecto de universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del Sistema de Protección Social en Salud, entre otros aspectos, con la finalidad de favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos, de manera que puedan valorar el desempeño del Sistema.

REGLAMENTO LGS ARTÍCULO 64. Corresponde a la Secretaría realizar la evaluación integral del Sistema, para lo cual desarrollará un subsistema de información especializado, del Sistema Nacional de Información en Salud, que se integre con la información de la operación de los Regímenes Estatales, así como del ejercicio de los recursos transferidos (…)

REGLAMENTO LGS ARTÍCULO 65. La información de los Regímenes Estatales se nutrirá directamente de los Sistemas de Información en Salud de las respectivas entidades federativas. Para tal efecto, los establecimientos para la atención médica del Sistema, a través de los Servicios Estatales de Salud, deberán reportar a la Secretaría en tiempo y forma que ésta determine, la información correspondiente.

REGLAMENTO LGS ARTÍCULO 66. La Secretaría estará a cargo del desarrollo, supervisión y establecimiento de las bases de operación de los diferentes subsistemas de información que cubrirán los requerimientos del Sistema en dicha materia.

REGLAMENTO LGS ARTÍCULO 74. En la evaluación del Sistema deberán distinguirse las actividades de supervisión y seguimiento del mismo, dado que éstas tendrán por objetivo corregir o adecuar en el momento en que se verifican, las desviaciones de las acciones previamente planteadas. Estas actividades de supervisión y seguimiento quedarán bajo la responsabilidad de la Secretaría, a través de la Comisión, y los gobiernos de las entidades federativas, a través de los Regímenes Estatales, en los ámbitos federal y estatal, respectivamente.

REGLAMENTO LGS ARTÍCULO 82. (…) La Secretaría proporcionará información relativa al gasto en salud federal y estatal de acuerdo a las funciones del Sistema e identificand o fuentes de financiamiento. Como parte de lo anterior, los Servicios Estatales de Salud deberán reportar la información correspondiente al nivel estatal, la cual será integrada con aquella que reporten a su vez la Secretaría y la Comisión. Con fin de mantener homogeneidad en el reporte del gasto en salud, la Secretaría proporcionará los criterios metodológicos para la integración de los reportes estatales. La periodicidad de los informes será la establecida en las disposiciones aplicables en materia de información y rendición de cuentas.

REGLAMENTO LGS ARTÍCULO 139. Los Regímenes Estatales pondrán a disposición del público por medios remotos o locales, de comunicación electrónica, la información relativa al manejo financiero del Sistema.

ACUERDO COORD. SEGUNDA.- Para la ejecución del presente "Acuerdo", "SALUD" se compromete a:

(…)

VII.- Llevar a cabo en coordinación con "EL ESTADO", el seguimiento, control y evaluación integral de la operación del "SPSS" en la entidad, y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que lo sustenten, incluyendo aquellos recursos destinados al mantenimiento y desarrollo de la infraestructura y equipamiento;

ACUERDO COORD. DÉCIMA SEXTA. "EL ESTADO" proporcionará a "SALUD" los informes relativos al "SPSS" de conformidad con la forma y plazos a que se refieren la "Ley" y el "Reglamento". De no establecerse plazo específico en dichos ordenamientos, deberán proveerse dentro de los 20 días hábiles siguientes a cada trimestre.

ACUERDO COORD. DÉCIMA OCTAVA. "EL ESTADO" pondrá a disposición del público por medios de comunicación electrónica, remotos o locales, la información relativa al manejo financiero del "SPSS".

De la suspensión de transferencia de recursos

REGLAMENTO LGS ARTÍCULO 81. La Secretaría de conformidad con lo establecido por el segundo párrafo del artículo 77 bis 12 de la Ley, deberá suspender en el trimestre respectivo, la transferencia de los recursos federales correspondientes a la cuota social del Gobierno Federal, cuando las entidades federativas no hayan realizado la entrega de las aportaciones solidarias a que se refiere la fracción I del artículo 77 bis 13 de la Ley, durante el trimestre anterior.

La Secretaría podrá suspender la transferencia a las entidades federativas de los recursos federales correspondientes a las aportación solidaria del Gobierno Federal, así como los correspondientes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y, en su caso, la previsión presupuestal anual, cuando las entidades federativas no entreguen la aportación solidaria a que se refiere la fracción I del artículo 77 bis 13 de la Ley, o cuando dejen de informar en tiempo y forma sobre la administración y ejercicio de los recursos provenientes de las cuotas familiares.

ACUERDO COORD. VIGÉSIMA. Las partes convienen en que "SALUD" suspenderá la transferencia de los recursos financieros materia de este instrumento cuando "EL ESTADO" les dé un uso distinto o cuando no realice la aportación solidaria estatal, ambos de conformidad con lo estipulado en la "Ley", el "Reglamento" y el presente "Acuerdo"; cuando no envíe la información que le sea requerida sobre el ejercicio de los recursos del "SPSS" o por cualquier otro incumplimiento a las obligaciones pactadas en este "Acuerdo".

De la aportacion solidaria estatal

Ley General de Salud

ARTÍCULO 77 BIS 13. Para sustentar el Sistema de Protección Social en Salud, el Gobierno Federal y los gobiernos de los estados y del Distrito Federal efectuarán aportaciones solidarias por familia beneficiaria conforme a los siguientes criterios:

I. La aportación estatal mínima por familia será equivalente a la mitad de la cuota social a que se refiere el Art. 77 Bis 12.

ARTÍCULO NOVENO transitorio. La aportación solidaria de los gobiernos de los estados y el Distrito Federal en términos del artículo 77 Bis. 13, deberá iniciarse en el ejercicio fiscal de su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud

ARTÍCULO 81. Párrafo 5to. La Secretaría podrá suspender la transferencia a las entidades federativas de los recursos federales correspondientes a la aportación solidaria del Gobierno Federal, así como los correspondientes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y, en su caso, la previsión presupuestal anual, cuando las entidades federativas no entreguen la aportación solidaria a que se refiere la fracción I del artículo 77 bis 13 de la Ley, o cuando dejen de informar en tiempo y forma sobre la administración y ejercicio de los recursos provenientes de las cuotas familiares.

ARTÍCULO 82. La Secretaría proporcionará información relativa al gasto en salud federal y estatal de acuerdo a las funciones del Sistema e identificado fuentes de financiamiento. Como parte de lo anterior, los Servicios Estatales de Salud deberán reportar la información correspondiente al nivel estatal, la cual será integrada con aquella que reporten a su vez la Secretaría y la Comisión. Con el fin de mantener homogeneidad en el reporte del gasto en salud, la Secretaría proporcionará los criterios metodológicos para la integración de los reportes estatales. La periodicidad de los informes será la establecida en las disposiciones aplicables en materia de información y rendición de cuentas.

AL.12

AVISO DE LA SECRETARÍA DE SALUD POR EL QUE SE DA A CONOCER INFORMACIÓN RELATIVA A FAMILIAS BENEFICIARIAS Y COMPONENTES DE CÁLCULO PARA LAS APORTACIONES SOLIDARIAS EN EL EJERCICIO PRESUPUESTAL 2006 DEL 28 DE ABRIL DEL 2006

AVISO por el que se da a conocer la información relativa al número de familias beneficiarias del Sistema de Protección Social en Salud, la población no derechohabiente de la seguridad social ajustada por necesidades de salud, las aportaciones solidarias estatales y el desempeño por entidad federativa, el peso porcentual de cada uno de los componentes de la fórmula establecida para tal efecto, así como la metodología bajo la cual se llevó a cabo el cálculo correspondiente para el ejercicio presupuestal de 2006.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ ORTIZ, Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 77 Bis 13 y 77 Bis 35 de la Ley General de Salud; 87 fracción IX del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud; 4 y 6 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud; he tenido a bien publicar el siguiente:

AVISO

Único. Se da a conocer la información relativa al número de familias beneficiarias del Sistema de Protección Social en Salud, la población no derechohabiente de la seguridad social ajustada por necesidades de salud, las aportaciones solidarias estatales y el desempeño por entidad federativa, el peso porcentual de cada uno de los componentes de la fórmula establecida para tal efecto, así como la metodología bajo la cual se llevó a cabo el cálculo correspondiente para el ejercicio presupuestal de 2006, conforme a las tablas siguientes:

Cierre 2005 3'555,997 familias
Proyección 2006 5'100,000 familias
Población no derechohabiente 2005 11'898,254 familias
Población no derechohabiente 2006 11'898,254 familias
Cuota social por familia 2006 2,692.20 pesos
ASE por familia 2006 1,346.10 pesos
ASE por familia 2005 1,302.72 pesos
ASE Total 2005 3'140,064,238 pesos
ASE Total proyectada 2006 6'104,820,989 pesos

ASE= Aportación solidaria estatal

FORMULA DEL FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD A LA PERSONA

	2006	
Entidad federativa	**Factor**	**ASF Monto por familia**
Aguascalientes	1.47	3,957.53
Baja California	1.42	3,822.92
Baja California Sur	1.49	4,011.38
Campeche	1.53	4,119.07
Chiapas	1.61	4,334.44
Chihuahua	1.46	3,930.61
Coahuila	1.47	3,957.53
Colima	1.46	3,930.61
Distrito Federal	1.43	3,849.85
Durango	1.55	4,172.91
Guanajuato	1.50	4,038.30
Guerrero	1.59	4,280.60
Hidalgo	1.53	4,119.07
Jalisco	1.46	3,930.61
México	1.45	3,903.69
Michoacán	1.52	4,092.14
Morelos	1.47	3,957.53
Nayarit	1.49	4,011.38
Nuevo León	1.42	3,822.92
Oaxaca	1.58	4,253.68
Puebla	1.53	4,119.07
Querétaro	1.53	4,119.07
Quintana Roo	1.53	4,119.07
San Luis Potosí	1.52	4,092.14
Sinaloa	1.47	3,957.53
Sonora	1.45	3,903.69
Tabasco	1.53	4,119.07
Tamaulipas	1.42	3,822.92
Tlaxcala	1.55	4,172.91
Veracruz	1.52	4,092.14
Yucatán	1.51	4,065.22
Zacatecas	1.53	4,119.07

Ponderadores utilizados:

Componente fijo por familia:	80%
Necesidades:	18.50%
Esfuerzo estatal:	0.25%
Desempeño:	1.25%

ASF= Aportación Solidaria Federal

Metodología para el calculo del presupuesto del sistema

El presupuesto del Sistema de Protección Social en Salud para 2006 se integró de la siguiente manera:

1. De acuerdo con el artículo 77 bis 12 y bis 13 párrafo segundo de la Ley General de Salud, a la Federación le corresponde aportar anualmente por cada familia inscrita al Sistema de Protección Social en Salud los montos de la Cuota Social y la Aportación Solidaria Federal.
2. La Cuota Social se establece con el quince por ciento del salario mínimo general vigente diario en el 2004 para el Distrito Federal, actualizado por inflación.

   Para estimar los recursos que por concepto de Cuota Social el Gobierno Federal debe transferir a las entidades federativas, se multiplica el monto de la Cuota Social por el número de familias beneficiarias en la entidad respectiva según sus meses de vigencia.
3. La Aportación Solidaria Federal se define como un monto equivalente a 1.5 veces la Cuota Social en promedio nacional. La distribución en las Entidades Federativas de esta Aportación Federal por familia al año, se realiza de conformidad con la fórmula establecida en el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Este monto varía entre Estados.

Para integrarla se consideran los recursos federales: el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del año 2003 conforme a la distribución del Fondo de Prestación de Servicios de Salud a la Persona y del Fondo de Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad, y se podrán contabilizar los recursos del Ramo 12, así como otros recursos de programas federales dirigidos a la población no-derechohabiente de la seguridad social que se destinan a la prestación de servicios de salud conforme al artículo décimo cuarto transitorio del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

La diferencia entre ASF por familia, por estado, estimada por fórmula que establece la Ley y estos recursos (FASSA-P, Ramo 12, y otros recursos), es el complemento de la Aportación Solidaria Federal que se transfiere a las Entidades Federativas de acuerdo al número de familias a afiliar en los diferentes periodos de vigencia.

México, D.F., a 22 de febrero de 2006.- El Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Juan Antonio Fernández Ortiz**.- Rúbrica.

AL.13

LINEAMIENTOS PARA LA MEDICIÓN DE LA APORTACIÓN SOLIDARIA ESTATAL (ASE) DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DEL 22 DE ABRIL DE 2005

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

JULIO JOSÉ FRENK MORA, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3 fracción II bis, 13 apartado A fracción VII bis, 77 bis 11 y 77 bis 13 fracción I de la Ley General de Salud; 76, 78, 84 y 85 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; 7 fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien emitir los siguientes:

Lineamientos para la medición de la Aportación Solidaria Estatal (ASE) del Sistema de Protección Social en Salud

Capítulo 1
Disposiciones generales

1. Para sustentar el Sistema, además de la aportación del gobierno federal, los gobiernos de los estados deberán efectuar aportaciones solidarias por familia beneficiaria, correspondiendo a cada estado una aportación mínima por familia equivalente a la mitad de la cuota social. Esta aportación deberá iniciarse a partir de la vigencia de las familias afiliadas al Sistema y se comprobará y reportará de forma trimestral a la Comisión el destino de la misma.
2. Durante la etapa de inicio del Sistema, que abarca de 2004 al 2010, se contabilizarán los recursos que los gobiernos de los estados ejerzan para fortalecer los Servicios de Salud en el ejercicio fiscal vigente, así como los recursos que hayan invertido en infraestructura y equipamiento médico de alta especialidad, como máximo en los cinco años previos a la incorporación de la entidad federativa al Sistema, previa autorización de la Comisión.

Capítulo 2
Metodología para el registro de la ASE

1. De acuerdo con lo anteriormente descrito, para el registro de la ASE se considerarán dos procedimientos:
   a) Registro directo de la ASE.
   b) Registro del Gasto estatal en Salud por familia efectuado por la entidad y determinación de la diferencia entre los recursos que fija la Ley como ASE y los recursos acreditables por familia al año en los términos de estos Lineamientos, esta diferencia será considerada para los efectos de estos Lineamientos como "brecha".
2. La entidad federativa podrá utilizar el procedimiento b) para dar cumplimiento a lo establecido por la Ley en materia de la ASE, en tanto las entidades federativas estén en condiciones de registrar sus presupuestos conforme el procedimiento a). También puede optar por una combinación de ambos procedimientos.
3. El monto que deberá aportar la entidad federativa como ASE es el resultado de multiplicar la mitad del monto que corresponda a la cuota social por familia en el momento de realizar el cálculo por el número de familias afiliadas en la entidad y según su periodo de vigencia.
4. Registro directo de la ASE.

   Este procedimiento considera las aportaciones que la entidad federativa realiza de forma directa al Sistema que se plasmen específicamente en su presupuesto estatal.

   La formalización de estas aportaciones se realizará a través de las comunicaciones emitidas trimestralmente por las entidades federativas que contengan información oficial respecto a dichas aportaciones.
5. Registro del gasto en salud efectuado por la entidad y determinación de la "brecha".

   Cuando la entidad federativa no aplique la metodología de registro directo de la ASE, aplicará este procedimiento que considera la determinación de una "brecha" entre el monto que corresponde de ASE por cada familia afiliada y el total de los recursos por familia al año que la entidad federativa aportará para la prestación de servicios de salud, sin incluir los recursos del ramo 33 (FASSA) y del ramo 12 (SALUD).

   Con la finalidad de apoyar a las entidades federativas durante la etapa de inicio del Sistema que abarca de 2004 al 2010, se podrá considerar, además de los recursos que la entidad aporte para la prestación de los servicios de salud durante el ejercicio de ingreso al Sistema y que aparezca como presupuesto autorizado en el Diario Oficial del Estado, los siguientes conceptos:

   a) Presupuestos extraordinarios. Gasto estatal destinado a la prestación de servicios de salud que de forma extraordinaria el gobierno estatal destina a los Servicios Estatales de Salud.
   b) Gasto de inversión:
      i) *Inversiones en curso*. Se podrá considerar el recurso destinado a la obra en curso de acuerdo al Plan Maestro de Infraestructura emitido por la Secretaría de Salud Federal, para efectos de considerar dichas inversiones se reconocerá exclusivamente el recurso ejercido en el ejercicio de que se trate.
      ii) *Inversión realizada*, considerando hasta los cinco últimos años previos a la incorporación de la entidad federativa al Sistema. Se podrán considerar las inversiones realizadas en infraestructura y equipo médico de alta especialidad para prestar servicios de salud de acuerdo con lo convenido con la Comisión, incluyendo las aportaciones municipales y donaciones.
   c) Aportaciones Municipales y donaciones. Se podrán considerar siempre y cuando el destino de dichos recursos sea para prestar servicios de salud y se otorguen durante el ejercicio fiscal en curso.
   d) Otros presupuestos. Recursos presupuestales que el gobierno del estado destine a hospitales u otros organismos que presten servicios de salud en la entidad y que no estén

considerados en el presupuesto de los Servicios Estatales de Salud.

6. Recursos que no podrán contabilizarse como ASE:
   - Recursos del Ramo 12 (SALUD) y del Ramo 33 (FASSA).
   - Aportaciones de los gobiernos estatales para cubrir las cuotas familiares.
   - Todo aquel presupuesto estatal destinado a fines distintos que el de ofrecer servicios de salud.

Capítulo 3
Determinación de la población susceptible de incorporación

1. Para obtener la población susceptible de incorporarse al Sistema se tomará la información sobre la población no derechohabiente de la seguridad social emitida por la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud. Para el cálculo de la Aportación Solidaria Estatal se toma como base la población anterior, a la que se le resta, en el caso de entidades federativas donde opera el Programa IMSS-Oportunidades, las familias beneficiarias del Programa Desarrollo Humano Oportunidades que atiende esa institución. Esta población resultante también sirve de base para los cálculos de la Aportación Solidaria Federal.

Capítulo 4
Determinación de la "brecha"

1. Para el cálculo de la "brecha" se suman los conceptos relacionados de presupuesto estatal anual (PEA), presupuesto estatal extraordinario (PEE), otros presupuestos estatales (OPE), gasto de inversión (GI) y otras aportaciones (OA), cuyo conjunto se denominan "conceptos que podrán contabilizarse", y los cuales dividen entre el número total de familias susceptibles de incorporación (NF).

   PEA + PEE+ OPE + GI + OA Gasto total = estatal por NF familia al año.

2. El cociente obtenido de la división será el monto a considerar como ASE por familia, que el estado aportará al Sistema.
3. Si dicho monto es inferior a la mitad de la cuota social, la entidad federativa deberá aportar la diferencia que resulte.
4. Se permitirá contabilizar las inversiones en infraestructura y equipo médico de alta especialidad realizadas hasta en los cinco años previos a la incorporación de las entidades federativas al Sistema, por lo que si al efectuar la división el cociente es mayor a la mitad de la cuota social por familia se deberá disminuir del monto de las inversiones consideradas la cantidad necesaria para igualar el cociente a la ASE. En caso de existir diferencia en favor del estado sobre las inversiones, ésta podrá considerarse en los años subsecuentes hasta agotarla de acuerdo a lo convenido con la Comisión.
5. La formalización de los montos considerados como ASE a través de este procedimiento, se realizará con el envío de información a la Comisión por parte de cada entidad federativa, la cual deberá ser firmada por el titular de los Servicios Estatales de Salud.

Los presentes Lineamientos se expiden en México, Distrito Federal, el uno de julio de dos mil cuatro.-
El Secretario de Salud, **Julio José Frenk Mora**.- Rúbrica.

AL.14

CONVENIO MARCO INTERINSTITUCIONAL PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES RELATIVAS AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL Y EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES DEL 2 DE MAYO DEL 2006

CONVENIO MARCO INTERINSTITUCIONAL PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES RELATIVAS AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, EN LO SUCESIVO "LA SECRETARÍA", REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL DR. JULIO FRENK MORA, EN SU CARÁCTER DE SECRETARIO DE SALUD, CON LA ASISTENCIA DEL ACT. JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ ORTÍZ, COMSIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y POR LA OTRA, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, **ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA IMSS OPORTUNIDADES,** EN LO SUCESIVO "EL IMSS", REPRESENTADO POR EL LIC. FERNANDO FLORES Y PÉREZ, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL, CON LA ASISTENCIA DEL DR. ONOFRE MUÑOZ HERNÁNDEZ, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS.

Antecedentes

I. El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 prevé el fortalecimiento de los sistemas de salud en coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, a fin de elevar la cobertura a toda la población, independientemente de su capacidad de pago, mediante estrategias conjuntas que permitan mejorar la calidad y oportunidad de los servicios, evitando la duplicidad de acciones, ahorro de recursos y prevención de enfermedades, unificando los esfuerzos de las principales instituciones y sistemas de salud que existen en el país.

En concordancia con los objetivos señalados, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, busca brindar protección financiera en materia de salud a toda la población a través de un sistema que garantice la oportunidad, equidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

II. Con fecha del 15 de mayo de 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, mediante el cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud, con lo que se consagró a nivel de ley el sistema de protección financiera y de prestación de los servicios de salud previstos en el Plan y Programa antes referidos.

III. El Instituto Mexicano del Seguro Social forma parte integrante del Sistema Nacional de Salud, en términos del artículo 5to de la Ley General de Salud y, por tanto está en aptitud legal de celebrar el presente Convenio Marco para que sus unidades médicas se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud.

IV. En términos del artículo DÉCIMO CUARTO Transitorio del Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 15 de mayo del 2003, el Programa IMSS-Oportunidades es administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Programa tiene a su cargo proporcionar servicios de salud integrales de Primer y Segundo Niveles de Atención Médica, oportunos y de calidad, a la población abierta de zonas rurales marginadas sin acceso regular a los servicios de salud.

Este Programa tiene presencia en 17 estados de la República Mexicana: Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. Actualmente atiende a 10.6 millones de mexicanos, de los cuales 3.6 millones son indígenas y 1.2 millones de familias son beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, y cuenta con una infraestructura de 3,540 unidades médicas rurales y 69 hospitales así como con 225 equipos de salud itinerantes que atienden localidades menores de 500 habitantes.

V. La Ley General de Salud y su Reglamento en materia de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de Abril de 2004, prevén la posibilidad de que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y los Gobiernos de los Estados y del Distrito Federal, celebren convenios de coordinación para la utilización de infraestructura médica con otros regímenes estatales u otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios en términos de las disposiciones y lineamientos aplicables.

Declaraciones

I. DECLARA LA "SECRETARÍA" QUE:

I.1 De conformidad con lo dispuesto por los artículos 2°, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Publica Federal, es una dependencia de la Administración Pública Centralizada, a la que corresponde, entre otras funciones, establecer y conducir la política en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general.

I.2 Conforme a la establecido en el artículo 6 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, tiene la capacidad jurídica necesario para suscribir el presente instrumento y que cuanta con la infraestructura y los recursos necesarios para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del objeto del presente Convenio Marco.

I.3 De conformidad con lo establecido en el artículo 3ro. fracción II bis, de la Ley General de Salud, es materia de la Secretaría de Salud, la protección social en salud.

I.4 De acuerdo al TITULO TERCERO BIS, de la Ley General en Salud la protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno de calidas, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en

forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que como mínimo deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las necesidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecobstetricia, pediatría, y geriatría, en el segundo nivel de atención.

I.5 Para efectos del presente Convenio Marco, señala como domicilio el ubicado en la Calle de Lieja No. Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06696, México, Distrito Federal.

II. DECLARA "EL INSTITUTO" QUE:

II.1 Es Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, instrumento básico de la seguridad social, como un servicio público de carácter nacional, en términos del artículo 5 de la Ley del Seguro Social.

II.2 Mediante Acuerdo Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación del 20 de abril de 1983, el Instituto Mexicano del Seguro Social, se hace cargo como Administrador del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, posteriormente denominado Programa IMSS-Oportunidades, confirmándose su carácter de administrador del referido Programa, mediante Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación del 25 de junio de 1984, interviniendo con ese carácter en el presente instrumento jurídico.

II.3 El día 3 de octubre del año 2005, el Lic. Fernando Flores y Pérez, fue nombrado por el C. Presidente de la República, Licenciado Vicente Fox Quesada, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que de conformidad con lo establecido en los artículos 268 fracciones III y IX de la Ley del Seguro Social y 71, fracciones I y X del Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con las facultades legales suficientes y necesarias para suscribir el presente Convenio Marco tal y como se hizo constar en la Escritura Pública número 79,548 de fecha 14 de octubre de 2005, otorgada ante la fe del Licenciado José Ignacio Sentíes Laborde, Titular de la Notaría 104 del Distrito Federal y del Patrimonio Inmueble Federal, en la que consta la protocolización de su nombramiento.

II.4 De conformidad con el artículo 251, fracciones IV y XXXVI de la Ley del Seguro Social, tiene facultades para realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir con sus fines, así como prestar servicios a título onerosos a personas no derechohabientes, siempre que esto no vaya en detrimento de su población derechohabiente.

II.5 El programa IMSS-Oportunidades tiene a su cargo, el proporcionar servicios de salud integrales de primer y segundo nivel, oportunos y de calidad a la población abierta sin acceso regular a los Servicios de Salud en zonas rurales marginadas; Modelo de Atención Integral a la Salud se sustenta, fundamentalmente, en la participación comunitaria para la realización de actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario, a través de sus 3,540 Unidades Médicas Rurales y 69 Hospitales Rurales en las que ha venido operando, por lo que cuenta con la infraestructura necesaria para atender la demanda de los servicios derivada del presente Convenio Marco.

II.6 Para los efectos del presente instrumento jurídico, señala como su domicilio, el ubicado en Av. Reforma 476, Col. Juárez, Deleg. Cuauhtémoc. C.P. 06600, en esta Ciudad.

III.- DECLARAN "**LAS PARTES**" QUE:

III.1 Con la finalidad de dar cumplimiento al Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006, en materia de Salud Pública, están de acuerdo en celebrar el presente instrumento jurídico al tenor de las estipulaciones contenidas en las siguientes:

Cláusulas

PRIMERA.- OBJETO. Es objeto del presente instrumento determinar los mecanismos mediante los cuales el "IMSS, en su carácter de organizador y como administrador del Seguro Social, así como administrador del Programa IMSS-Oportunidades, preste los servicios médicos correspondientes al primer y segundo nivel de atención, a las familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, en lo sucesivo "EL SPSS", de conformidad con las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y los medicamentos asociados, mismo que como Anexo I se adjunta al presente instrumento jurídicos.

SEGUNDA.- ÁMBITO DE APLICACIÓN. Inicialmente, lo estipulado en el presente Convenio Marco se aplicará de manera progresiva a las familias de los 50 municipios con menor índice de desarrollo humano de los estados de Chiapas, Durango, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán. En una segunda fase, según resultados, podrá aplicarse al resto de las entidades federativas.

TERCERA.- INSTRUMENTACIÓN. Para instrumentar la prestación de servicios médicos a que ser refiere el presente Convenio Marco, se celebraran Convenios de Colaboración Interinstitucionales en cada entidad federativas, con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, quienes en razón del número de familias atendidas, cubrirán la compensación económica que corresponda.

CUARTA COMPROMISOS DE "EL IMSS". Para la ejecución del objeto del presente Convenio, **"EL IMSS**" a través de las unidades médicas rurales (UMR) y los hospitales rurales (HR) del Programa IMSS-Oportunidades, se compromete a:

1. Proporcionar a los beneficiarios de "EL SPSS", conforme al Convenio de Colaboración Interinstitucional que al efecto se celebre en la entidad federativa de que se trate, los servicios médicos, medicamentos e insumos que requiera su atención médica, conforme al alcance de las intervenciones incluidas en el CAUSES y en estricto apego a la Ley General de Salud, su Reglamento de Prestación de Servicios de Atención Médica y a las normas oficiales mexicanas, así como a las que resulten aplicables.
2. La prestación de los servicios médicos antes referidos deberá ser proporcionada por los procedimientos y normas de calidad establecidos en el modelo médico para la atención del "EL SPSS" y de conformidad con los mecanismos que se establezcan en cada Convenio de Colaboración Interinstitucional que se celebre.
3. Acreditar conforme a los parámetros que para tal efecto tiene determinados **"LA SECRETARÍA"** la capacidad, seguridad y calidad de las unidades médicas a que se refiere esta Cláusula en los términos de "Ley", el "Reglamento" y demás normatividad aplicables.

QUINTA. COMPROMISOS DE "LA SECRETARIA". Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento jurídico, "LA SECRETARÍA" se compromete a:

1. Implementar en coordinación con "EL IMSS", el programa de acreditación de las unidades médicas a que se refiere la Cláusula anterior, que participen en cada uno de los Convenios de Colaboración Interinstitucional.
2. Impulsar la suscripción del Convenio de Colaboración Interinstitucional con las entidades federativas por conducto de los servicios celebrarse Estatales de Salud, con la intervención de los Regímenes de Protección Social en Salud y las delegaciones estatales de "EL IMSS", con la intervención de las unidades médicas rurales (UMR) y los hospitales rurales (HR) del Programa IMSS-Oportunidades, de conformidad con el Modelo de Convenio que al efecto han acordado las partes y que, como Anexo II forma parte del presente instrumento jurídico.

SEXTA.- MECANISMOS DE COMPENSACIÓN POR SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS. "LA SECRETARIA" y "EL IMSS" establecerán en un plazo no mayor de treinta días a partir de la celebración de este Convenio Marco, los mecanismos de compensación económica para determinar el importe que por concepto de prestación de servicios de salud, regirán para los servicios médicos que preste "EL IMSS" a los Servicios Estatales de Salud, el cual una vez acordado se integrará como Anexo III del Presente instrumento jurídico.

SÉPTIMA.- TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

a) Las partes definirán en un plazo no mayor de treinta días a partir de la celebración de este Convenio Marco, los mecanismos para solicitar la prestación de los servicios médicos, así como los procedimientos que entre ellas se efectuarán para la comprobación de la prestación de los mismos, los cuales una vez acordados por las partes se integrarán como Anexo IV del presente Convenio Marco. Dichos mecanismos se difundirán a los Servicios Estatales de Salud y a las Delegaciones de **"EL IMSS"** y a las del Programa IMSS-Oportunidades y, constarán en los Convenios de Colaboración Interinstitucional que se suscriban al efecto.
b) En los mecanismos a que se refiere el inciso anterior, las partes acordarán el contenido de los formatos de solicitud de servicios médicos que deberán ser utilizados para su otorgamiento, los cuales en todo caso deberán incluir como mínimo, el nombre del afiliado, su número de afiliación, la descripción específica de la atención médica que se le haya otorgado, y un resumen del expediente clínico correspondiente, en caso de que se cuente con él.
c) En todos los casos, se deberá integrar un expediente clínico por cada afiliado al "SPSS", a efecto de documentar debidamente todos y cada uno de los conceptos que se incluyan dentro de los servicios médicos otorgados. El expediente clínico antes mencionado deberá estar en todo momento a disponibilidad de la parte solicitante, quien tendrá la facultad de solicitar una copia del mismo.

OCTAVA.- RELACIÓN LABORAL. Las partes expresamente convienen en que todo el personal que utilicen para cualquier actividad relacionada con el objeto del presente Convenio Marco y de los Convenios de Colaboración Interinstitucional, será personal única y exclusivamente contratado por cada una de ellas, por lo que cada una de ellas asume las responsabilidades de carácter laboral, civil, fiscal, de seguridad social o de otra índole que, en su caso, pudieran a llegar a generarse por su personal, por ende, **"LA SECRETARÍA",** los Servicios Estatales de Salud y **"EL IMSS"** no podrán considerarse como patrones substitutos o solidarios.

NOVENA.- COMISIÓN DE EVALUACIÓN Y GRUPOS DE TRABAJO. Para la adecuada colaboración y eficaz cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente Convenio Marco **"LA SECRETARÍA"** y **"EL IMSS"** se comprometen a integrar en un plazo que no exceda de treinta días a partir de la fecha de firma de este Convenio Marco, una Comisión de Evaluación compuestao por dos representantes de cada una de ellas, los que podrán ser libremente removidos, previa comunicación por escrito de una a la otra parte, misma que tendrá a su cargo las siguientes acciones:

a) Evaluar el desarrollo y funcionalidad de este Convenio Marco y de los Convenios de Colaboración Interinstitucional que se celebren al amparo del mismo.
b) Acordar los mecanismos de información, seguimiento y control de los Convenios de Colaboración Interinstitucional que se suscriban bajo el presente Convenio Marco.
c) Analizar las distintas variables que sean susceptibles de interpretación, corrección y modificación para facilitar la operabilidad del presente Convenio Marco y de los Convenios de Colaboración Interinstitucional que se celebren al amparo del mismo.
d) Recomendar los mecanismos de revisión respecto del cumplimiento y supevisión de las obligaciones asumidas por las partes que celebren los Convenios de Colaboración Interinstitucional.

Adicionalmente, las partes que celebren a que se refiere el inciso anterior podrán acordar la creación de un grupo de trabajo a nivel clocal, mismo que deberá integrase por las personas que las partes designen para tales efectos.

Dichos grupos de trabajo tendrán como objetivo principal el participar en la solución en primera instancia de cualquier controversia que se suscite en virtud de la celebración de los Convenios de Colaboración Interinstitucional.

DÉCIMA. CONFIDENCIALIDAD. Las partes se obligan a respetar el principio de confidencialidad y reserva establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y su Reglamento.

DÉCIMA PRIMERA. QUEJAS DE LOS USUARIOS O BENEFICIARIOS. Si con motivo de la prestación de los servicios médicos se llegare a presentar algún caso de insatisfacción por parte de algún afiliado a "EL SPSS" por actos u omisiones de **"EL IMSS"**, dicha queja estará sujeta a los procedimientos internos de **"EL IMSS"**, sin perjuicio de las demás acciones legales que conforme a derecho le correspondan al afiliado.

"EL IMSS" deberá llevar a cabo las acciones que estén a su alcance para la solución de la queja en cuestión. En caso de que la parte solicitante deba llevar a cabo acciones adicionales para la atención de dicha queja, **"LA SECRETARIA"** no asumirá en nigún caso responsabilidades civiles o penales derivadas de la atención por acciones interpuestas contra "EL IMSS" o a su personal.

Lo anterior, en el entendido de que para los efectos de recepción y atención de quejas por parte de los afiliados a "EL SPSS", **"EL IMSS"** les dará el mismo trato que a sus propios usuarios o derechohabientes.

"EL IMSS" informará a **"LA SECRETARÍA"** de todos los casos en que se presenten quejas de los beneficiarios del "SPSS".

DECIMA SEGUNDA. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. Tratándose de controversias o desacuerdos relacionados con el presente Convenio Marco, dichas controversias o desacuerdos a solictud por escrito de cualquiera de las partes serán referidas a la Comisión de Evaluación a que se refiere la Claúsula Novena de este instrumento quien actuará como mediador tratando de que las partes involucradas lleguen a una concliación amigable.

Asimismo, tratándose de controversias o desacuerdos relacionados con los Convenios de Colaboración Interinstitucional que se celebren al amparo del mismo, dichas controversias o desacuer-

dos serán resueltas en primer instancia con la intervención del grupo de trabajo local respectivo. Si las partes no llegasen a un acuerdo, dichas controversias o desacuerdos, a solicitud por escrito de cualquiera de las partes, serán referidas a la Comisión de Evaluación, quien actuará como mediador tratando que las partes involucradas lleguen a una conciliación amigable.

En el supuesto de que las partes involucradas en la controversia o desacuerdo no llegasen a una conciliación amigable dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se haya iniciado el mecanismo de mediación ante la Comisión, las partes tendrán la libertad de ejercer las acciones legales que conforme a derecho les correspondan, sometiéndose a las leyes y Tribunales Federales.

DÉCIMA TERCERA. VIGENCIA. La vigencia del presente Convenio será indefinida y comenzará a partir de la fecha de su celebración.

DÉCIMA CUARTA. TERMINACIÓN. El presente Convenio Marco podrá darse por terminado por caso fortuito o fuerza mayor o por causas de interés general. Las obligaciones que subsistan a la fecha de determinación, deberán ser cubiertas en términos del presente Convenio Marco.

DÉCIMA QUINTA. MODIFICACIONES. Cualquier modificación que se realice al presente Convenio Marco y a los Convenios de Colaboración Interinstitucional celebrados al amparo del mismo, deberá constar por escrito debidamente firmado por las partes que en él intervengan.

Enteradas las partes del contenido del presente Convenio Marco, lo firman en la Ciudad de México, D. F. a los dos días del mes de dos mil seis.

Por la secretaría de Salud el **Dr. Julio Frenk Mora** y el Act. **Juan Antonio Fernández Ortiz**. Por el IMSS el Lic. **Fernando Flores y Pérez** y el **Dr. Onofre Muñoz Hernández**

AL.15

ACUERDO POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL, COMO UNA COMISIÓN INTERSECRETARIAL DE CARÁCTER PERMANENTE

SECRETARIA DE SALUD
ACUERDO por el que se crea el Consejo Nacional de Protección Social, como una comisión intersecretarial de carácter permanente.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; con fundamento en los artículos 21, 31, 32, 35, 38, 39 y 40 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y 19 de la Ley de Planeación, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos otorga a toda persona el derecho a la protección de la salud y a la vivienda;

Que la Administración Pública Federal debe sujetarse a las normas y principios básicos de la Planeación Nacional del Desarrollo, donde la planeación participativa es un imperativo que implica el mejoramiento organizacional para apoyar la operación continua y eficaz de las dependencias y entidades paraestatales, permitiendo con ello la atención eficiente de las prioridades de la Administración Pública Federal, siendo una de éstas la protección social en beneficio de toda la población;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 establece como misión del Ejecutivo Federal conducir responsablemente, de manera democrática y participativa, el proceso de transición del país hacia una sociedad más justa y humana, por lo que es necesario establecer al desarrollo humano como eje rector de su acción, para diseñar e instrumentar políticas públicas que den lugar a un desarrollo económico dinámico, incluyente y en armonía con la naturaleza, y

Que la protección social debe ser una política pública en la que participen todos los sectores involucrados, que permita dar acceso a los beneficios, acciones y programas que las distintas dependencias desarrollan en el ámbito de sus atribuciones, con el propósito de hacerlos coincidir de manera que otorguen el mayor beneficio a la población, por lo que se considera conveniente la creación de una comisión intersecretarial para el despacho de los asuntos en los que deban intervenir las diferentes dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, he tenido a bien expedir el siguiente

Acuerdo

ARTÍCULO 1.- Se crea el Consejo Nacional de Protección Social, como una comisión intersecretarial de carácter permanente, con el objeto de coordinar y analizar las acciones y actividades de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, vinculadas con la protección social.

ARTÍCULO 2.- El Consejo Nacional estará integrado por el Titular del Ejecutivo Federal, quien lo presidirá, así como por los titulares del despacho de las secretarías de Hacienda y Crédito Público; de Desarrollo Social; de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; de Educación Pública; de Salud; y del Trabajo y Previsión Social.

En las ausencias del Titular del Ejecutivo Federal, las sesiones del Consejo serán presididas por quién éste designe para tal efecto.

Los miembros del Consejo Nacional podrán designar a sus respectivos suplentes para los casos de ausencia, los que deberán tener nivel de Subsecretario.

ARTÍCULO 3.- Cuando se estime necesaria su participación, el Consejo Nacional podrá invitar a sus sesiones a:

I. Los titulares de otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; quienes podrán nombrar suplentes con el nivel de Subsecretario o equivalente;
II. Las autoridades de las entidades federativas y, por conducto de éstas, a las de los municipios, y
III. Los representantes de los sectores social y privado.

Lo anterior, con el objeto de impulsar la coordinación y concertación de acciones en la materia del presente Acuerdo.

ARTÍCULO 4.- El Consejo Nacional tendrá las funciones siguientes:

I. Asegurar la observancia de la política de protección social, garantizando la integración funcional de los beneficios en materia de salud, vivienda y ahorro para el retiro, entre otros, que el Gobierno Federal ofrece a la población que no cuenta con seguridad social;
II. Fungir como instancia integradora de los diversos mecanismos y programas vinculados con la protección social, planteando paquetes integrados de beneficios y favoreciendo el acceso de la población a los mecanismos y programas existentes en todas las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal;
III. Favorecer las estrategias de incorporación integral a los mecanismos y programas disponibles en la Administración Pública Federal vinculados con la protección social, así como el intercambio de información estadística y operativa de los padrones de beneficiarios entre las instancias competentes, para la planeación y el establecimiento de mecanismos que faciliten el acceso de la población;
IV. Emitir las recomendaciones necesarias para asegurar que la política de protección social coadyuve a alcanzar las metas del Plan Nacional de Desarrollo;
V. Dar seguimiento y evaluar de manera integral y oportuna el impacto de las acciones que lleve a cabo;
VI. Aprobar su Reglamento Interno, los programas anuales de trabajo y los procedimientos de evaluación de las acciones propuestas, y
VII. Las demás que le encomiende expresamente el Titular del Ejecutivo Federal.

Para el debido cumplimiento de los acuerdos tomados por el Consejo Nacional, las acciones o actividades a implementarse se ajustarán a lo señalado en las disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 5.- El Consejo Nacional contará con un Secretario Técnico que será designado por el Presidente de la República.

El Secretario Técnico realizará las funciones que le fije el Reglamento Interno del Consejo Nacional.

ARTÍCULO 6.- El Consejo Nacional podrá acordar la constitución de subcomisiones y grupos técnicos de trabajo, de carácter permanente o transitorio, para el estudio de asuntos específicos relacionados con su objeto y funciones. En dichas instancias, a indicación del Consejo Nacional, se podrá invitar a participar a especialistas en los temas a tratar, procedentes de los sectores público, privado y social.

ARTÍCULO 7.- El Consejo Nacional sesionará y adoptará sus decisiones conforme lo determine su Reglamento Interno.

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO.- El Consejo Nacional deberá celebrar su sesión de instalación dentro de los sesenta días naturales siguientes a la fecha de entrada en vigor de este instrumento.

TERCERO.- El Consejo Nacional emitirá su Reglamento Interno en un plazo no mayor de noventa días contados a partir de la entrada en vigor del presente Acuerdo.

CUARTO.- Para la operación y funcionamiento del Consejo Nacional se aprovecharán los recursos humanos, materiales y financieros de las instancias que lo integran, por lo que no se requerirán recursos adicionales para tal fin. Asimismo, las acciones que se deriven del presente Acuerdo, deberán atenderse con cargo al presupuesto aprobado de aquellas dependencias y entidades paraestatales que, en su caso, tengan obligación de cumplirlas, en el ámbito de su respectiva competencia.

La participación de los miembros e invitados del Consejo Nacional, de las subcomisiones y de los grupos técnicos de trabajo, se desempeñarán a título honorario.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veinticuatro días del mes de febrero de dos mil seis.- **Vicente Fox Quesada**.- Rúbrica.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **José Francisco Gil Díaz**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud, **Julio José Frenk Mora**.- Rúbrica.- El Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, **Francisco Javier Mayorga Castañeda**.- Rúbrica.- El Secretario de Educación Pública, **Reyes S. Tamez Guerra**.- Rúbrica.- El Secretario del Trabajo y Previsión Social, **Francisco Javier Salazar Sáenz**.- Rúbrica.- La Secretaria de Desarrollo Social, **Ana Teresa Aranda Orozco**.- Rúbrica.

AL.16

CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS CON MAYOR MARGINACIÓN SOCIAL PARA EFECTOS DE LA ASIGNACIÓN DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2005

JULIO JOSÉ FRENK MORA, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 77 bis 1, 77 bis 18 de la Ley General de Salud, y 107, 111 y 112 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; 6 y 7 fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el Decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003, instituye el Sistema de Protección Social en Salud como un mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo a los servicios de salud, el cual es financiado de manera solidaria por la Federación, las entidades federativas y los beneficiarios del Sistema.

Que la Ley General de Salud establece la obligatoriedad para que el Sistema de Protección Social en Salud sea financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios.

Que la Ley General de Salud determina que la Secretaría de Salud deberá transferir anualmente, al fideicomiso que al efecto se constituya, recursos de la cuota social y de las aportaciones solidarias para la constitución de una previsión presupuestal anual, cuyo destino será tanto la atención de las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, como la atención de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal y la garantía de pago por la prestación interestatal de servicios.

Que el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud dispone que la previsión presupuestal anual se administrará y operará por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a través del fideicomiso que constituya el Ejecutivo Federal para la administración de esta previsión presupuestal y la transferencia de recursos para cubrir necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social se aplicará siguiendo lo establecido en las reglas de operación del fideicomiso.

Que la Secretaría de Salud emitió el Plan Maestro de Infraestructura con el propósito de racionalizar la inversión en infraestructura de instalaciones médicas de alta especialidad y garantizar la disponibilidad de recursos para la operación sustentable de los servicios, al cual se sujetarán los Servicios Estatales de Salud y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

Que por las funciones asignadas se determinó que la clasificación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) de las entidades con grado de marginación social alto y muy alto permiten a esta dependencia observar adecuadamente la discrepancia entre las necesidades de salud y la capacidad instalada de atención en cada entidad federativa.

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 77 bis 18 de la Ley General de Salud y 112 de su Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, he tenido a bien expedir los siguientes:

Criterios metodológicos para la identificación de las entidades federativas con mayor marginación social para efectos de la asignación de la previsión presupuestal

1. Se entenderá por Entidades Federativas con Mayor Marginación Social, a las consideradas como Entidades con grado de marginación social alto y muy alto de acuerdo a la clasificación del Consejo Nacional de Población, CONAPO, así como aquellas con localidades o municipios de alta y muy alta marginación[1] social, según la CONAPO.
2. Se considerará la acción de infraestructura con recursos del Fondo de Previsión Presupuestal, en municipios o localidades que no necesariamente están calificados como de alta o muy alta marginación social de acuerdo a los criterios de CONAPO[2], pero que como parte de la formación de redes de atención a la salud, previamente establecida conforme al Plan Maestro de Infraestructura emitido de conformidad con las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, prestan o refuerzan la prestación de servicios a la población de otros municipios o entidades calificados como de alta o muy alta marginación social de acuerdo a los criterios del CONAPO.
3. Tendrán prioridad en la asignación de recursos las acciones de infraestructura que cumplan con los siguientes criterios:
   a. Unidades que ofrecen servicios o están en vías de hacerlo en el año en curso, a las familias que se afilian al Sistema de Protección Social en Salud, con el objeto de tener las condiciones indispensables para la oferta apropiada de atención médica, garantizada mediante la acreditación de las unidades.
   b. Unidades respecto de las cuales la entidad, institución u organismo demuestren la viabilidad funcional de su operación.

TRANSITORIO

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

México, D.F., a 25 de noviembre de 2005.- El Secretario de Salud, **Julio José Frenk Mora**.- Rúbrica.

[1] Conforme al GRADO de Marginación social por entidad federativa elaborado por la CONAPO.

[2] Conforme al GRADO de Marginación social por entidad federativa elaborado por la CONAPO.

Sistema de Protección Social en Salud.
Elementos conceptuales, financieros y operativos
se terminó de imprimir y encuadernar
en el mes de noviembre de 2006 en los talleres de
Impresora y Encuadernadora Progreso, S.A. (IEPSA),
calzada de San Lorenzo 244, 09830 México, D. F.,

Se tiraron 1 500 ejemplares

Tipografía y formación:
Juan Pablo Luna
con tipos Frutiger Bold de 8.5:10 pts; Frutiger Light de 8.5:10 y 8:11 pts;
Frutiger Roman de 9:12 pts; Gill Sans Bold de 7:14 pts;
Gill Sans Light de 8:12 y 12:12 pts; New York de 8.5:12 pts.