

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

ACUERDO POR EL QUE LA SECRETARIA DE SALUD DA A CONOCER LAS REGLAS DE OPERACION E INDICADORES DE GESTION Y EVALUACION DEL SEGURO POPULAR DE SALUD.

REGLAS DE OPERACION

JULIO JOSE FRENK MORA, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 32 y 33 de la Ley de Planeación; 63 y 64 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año 2002 y 6 fracción XVII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el Programa Nacional de Salud, establece dentro de sus líneas estratégicas el brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud incorporándola a un esquema de aseguramiento, para lo cual a través del Programa de Salud para Todos se promoverá un Seguro Popular de Salud, con el objetivo de disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud.

Que el Seguro Popular de Salud tiene como propósito apoyar a las familias no aseguradas, promover el pago anticipado por servicios, y reducir los gastos catastróficos en salud, que constituyen una de las principales causas de empobrecimiento de las familias más vulnerables, así como fomentar la atención preventiva.

Que la prestación de los servicios incluidos en el Seguro es responsabilidad de los servicios estatales de salud.

Que los recursos federales asignados al Programa son subsidios federales y, por tanto, sujetos a criterios de selectividad, equidad, objetividad, transparencia, temporalidad y publicidad, debiéndose identificar claramente a la población beneficiaria, tanto por grupo específico como por región del país; prever montos de los apoyos y su actualización, asegurar la coordinación de acciones entre las diversas áreas administrativas con la finalidad de evitar su duplicación y reducir gastos administrativos; así como garantizar que los mecanismos de operación, distribución y administración, faciliten la obtención de información y la evaluación de los beneficios económicos y sociales de su asignación y aplicación.

Que el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud, es el responsable de establecer las reglas de operación del Programa, de aportar los recursos necesarios para su operación, darle seguimiento, evaluar sus resultados y asegurar el cumplimiento de sus objetivos.

Que el Seguro Popular de Salud es una estrategia de largo plazo que promoverá el pago anticipado por servicios médicos e iniciará en 2002 con la instrumentación de este programa en cinco estados del país, en donde habitan familias que al requerir atención médica enfrentan dificultades financieras. Gradualmente se irá extendiendo este programa al resto del país.

Que conforme al Artículo 63 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación el ejercicio fiscal del año 2002, las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de Contraloría y Desarrollo Administrativo autorizaron las reglas de operación y los indicadores de gestión, respectivamente, del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), hemos tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO

UNICO. La Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), y sus indicadores de gestión y evaluación de conformidad con el siguiente:

CONTENIDO

- 1. Presentación**
 - 2. Antecedentes**
 - 3. Objetivos**
 - 3.1 General
 - 3.2 Específicos
 - 4. Lineamientos generales**
 - 4.1 Población objetivo
 - 4.2 Cobertura
 - 4.3 Características de los apoyos
 - 4.4 Beneficiarios
 - 4.4.1 Criterios de selección
 - 4.4.2 Derechos y obligaciones de los asegurados
 - 4.4.3 Causas de suspensión y cancelación
 - 4.5 Selección de entidades y regiones
 - 4.6 Definición de metas y programación
 - 4.7 Transparencia
 - 5. Instancias normativas y ejecutoras**
 - 5.1.1 Instancias normativas
 - 5.1.2 Instancias ejecutoras
 - 6. Mecánica de operación**
 - 6.1 Difusión y promoción
 - 6.2 Identificación de familias
 - 6.3 Afiliación
 - 6.4 Modelo de atención
 - 6.5 Contraloría social
 - 7. Informes programático-presupuestarios**
 - 7.1 Administración de fondos
 - 7.2 Cuotas de afiliación
 - 8. Seguimiento y evaluación**
 - 8.1 Sistema de seguimiento
 - 8.2 Sistema de evaluación
 - 9. Indicadores**
- Anexos**
- Anexo 1** Catálogo de Beneficios Médicos
 - Anexo 2** Medicamentos asociados al Catálogo de Beneficios Médicos
 - Anexo 3** Definiciones

1. Presentación

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece a la Protección Financiera como una de las líneas estratégicas de acción de la actual administración. El objetivo principal es brindar protección financiera a la población sin seguridad social a través de un esquema de aseguramiento justo con el fin de reducir el pago de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud.

2. Antecedentes

Históricamente, la población que ha contado con un seguro público de salud es la derechohabiente de la seguridad social. El resto de la población no asegurada, ha recibido servicios de salud a través de la Secretaría de Salud. Si bien en ambos esquemas se trata de atender la salud de todos los mexicanos, la falta de un sistema de aseguramiento para la población no asegurada ha provocado que su patrimonio sea más vulnerable a los costos asociados al mantenimiento de la salud.

La población no asegurada incurre con frecuencia en gastos de bolsillo, aun cuando acude a los servicios de salud de la Secretaría, ya que cubre gastos por concepto de cuotas de recuperación y compra de medicamentos, los cuales implican un costo mayor al de un prepago como lo es un seguro.

Esta población que no cuenta con ningún tipo de seguro, sigue representando una proporción importante de la población total ya que según algunas fuentes de información representan alrededor del 43% del total de los habitantes del país y otras como el Censo de Población y Vivienda 2000, reportan hasta un 57.8% de población no asegurada. Esta población no está afiliada a la seguridad social fundamentalmente por su situación laboral y/o porque su bajo poder adquisitivo le impide pagar el seguro de salud familiar del IMSS o adquirir un seguro privado.

Esta alta proporción de no asegurados ha repercutido en que el gasto de bolsillo represente más de la mitad del gasto total en salud, lo cual a su vez implica que la gente pague cantidades desproporcionadas de su ingreso por atender su salud. Los altos costos de la atención médica frecuentemente provocan que la familia posponga o renuncie a la atención, y en caso de cubrir los costos, hacen que la familia enfrente dificultades financieras. Según la Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares, cada año entre 2 y 3 millones de familias emplean más de la tercera parte de su ingreso para solventar sus gastos en salud, mientras que 1.2 millones cruzan la línea de la pobreza por los gastos que tienen que enfrentar en salud. Este gasto de bolsillo cuyo desembolso se destina principalmente a la compra de medicamentos y consultas médicas afecta sobre todo a las familias de bajos ingresos. Este gasto de bolsillo que empobrece a las familias tiende a ser mayor como porcentaje del gasto total para las familias más pobres que para las familias con mayores recursos como lo muestra la gráfica 1.1. La gráfica también ilustra cómo el 85 por ciento de estas familias que se empobrecen no están aseguradas. Es decir, contar con un seguro reduce el riesgo de empobrecerse.

Gráfica 1.1

Familias en riesgo de empobrecimiento por gastos catastróficos en atención a la salud

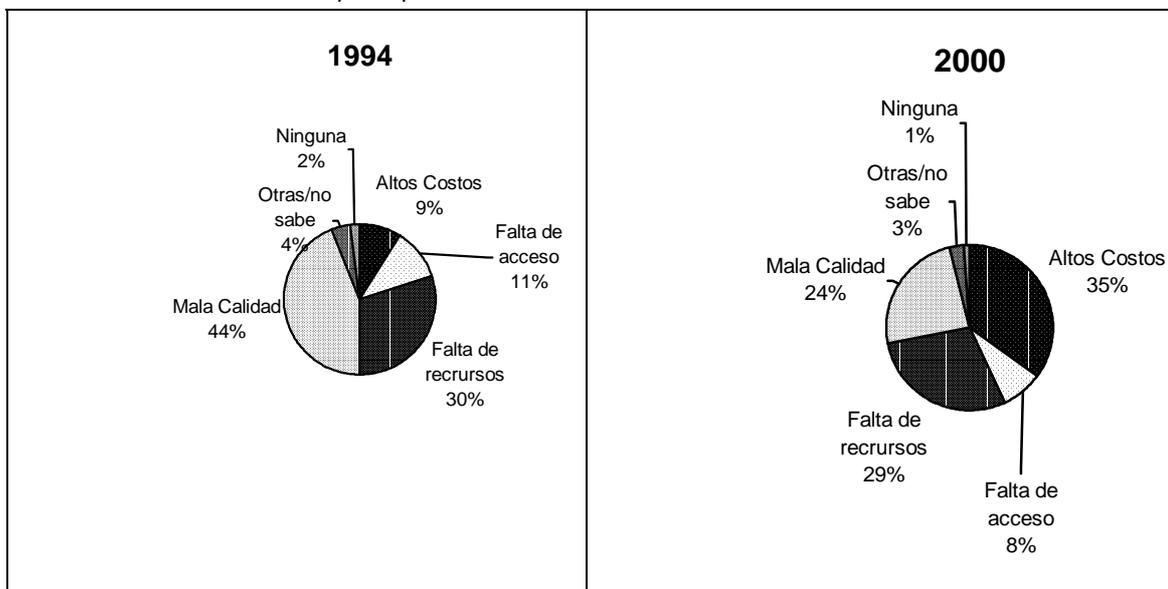


Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud, 2000

Según datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud 2000, los altos costos se han convertido en el principal problema del sistema. Uno de cada cuatro mexicanos ha postergado su atención médica por problemas económicos. Conforme a dichas estadísticas, quienes postergan más la atención médica son los enfermos y discapacitados (36%), los analfabetas (29%), los mayores de 65 años (35%), la población de bajos ingresos (25%) y quienes no están afiliados a alguna institución de seguridad social (28%).

Gráfica 1.2

Principales problemas de los servicios de salud en México



Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud, 2000

Cifras de esta misma encuesta señalan que el 21% de los mexicanos señala haber tenido problemas para pagar los servicios del médico o del hospital el año pasado y uno de cada tres (31%) haber tenido que efectuar recortes en el gasto familiar para poder cubrir los costos de atención médica. Conforme a lo esperado, quien restringe más los gastos por causa de la atención médica es la población de menores ingresos (35%), los que viven en zonas rurales (44%), las personas cuyo estado de salud es malo (42%) y los hospitalizados (43%).

Actualmente, las familias enfrentan dificultades financieras para cubrir los costos de consulta externa, exámenes de laboratorio, estudios de gabinete, medicamentos, hospitalización y urgencias. Aun cuando las familias acuden a instituciones públicas para recibir atención médica, usualmente tienen que desembolsar recursos para adquirir medicamentos y pagar cuotas de recuperación por la atención recibida. Además, frecuentemente las personas deciden atenderse en el sector privado y consecuentemente enfrentar dificultades financieras.

Para alcanzar el objetivo de brindar protección financiera a la población no asegurada, el Seguro Popular de Salud es el instrumento que permitirá a la Secretaría de Salud ofrecer un modelo de aseguramiento que permita reducir el gasto de bolsillo y fomentar una atención oportuna y de calidad.

3. Objetivo

3.1 Objetivo general

El Seguro Popular de Salud es el instrumento que permitirá enfrentar el reto establecido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 para brindar protección financiera a todos los mexicanos, ofreciendo una opción de aseguramiento público en materia de salud a familias y los ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social. Enfrentar este reto implica adoptar los siguientes objetivos específicos:

3.2 Objetivos específicos

- Reducir el gasto privado de bolsillo que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias más vulnerables, por su estado de salud y su nivel socioeconómico.
- Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos.
- Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen esta prestación en materia de salud.
- Contribuir a superar iniquidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud.

4. Lineamientos generales

El Seguro Popular de Salud es público y voluntario y su costo será cubierto mediante un subsidio federal proveniente de recursos fiscales del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación y cuotas de los beneficiarios por concepto de afiliación.

La cuota de afiliación al Seguro Popular de Salud es progresiva según el nivel de ingreso de cada familia y complementa el subsidio federal para cubrir el costo del seguro.

Con la afiliación al Seguro Popular de Salud se protegerá financieramente a la población actualmente no asegurada, mediante el otorgamiento de un catálogo explícito de beneficios médicos cuyas características básicas se enlistan en el Anexo 1 de estas Reglas. La afiliación al Seguro sustituye el pago de cuotas de recuperación por concepto de servicios médicos, por un pago anticipado según el nivel de ingresos de las familias.

El Seguro Popular de Salud posibilitará que familias con capacidad limitada de pago puedan adquirir un seguro de salud que incluye el catálogo de intervenciones y los medicamentos asociados a dicho catálogo.

Los beneficiarios del Seguro Popular de Salud, al reducir los gastos de bolsillo, podrán destinar los recursos que hubieran necesitado para solventar dicha eventualidad, a otras actividades productivas y/o al mejoramiento de su nivel de vida. De esta manera, el Seguro Popular de Salud se alinea con otros programas sociales que buscan generar las condiciones necesarias para que la población más vulnerable pueda mejorar su estado socioeconómico.

Para la instrumentación de este Seguro el Gobierno Federal suscribirá un Acuerdo de Coordinación con los gobiernos estatales participantes.

4.1 Población objetivo

En las primeras etapas de operación del seguro sus esfuerzos se destinarán de manera prioritaria a incorporar a esta modalidad de aseguramiento a las familias mexicanas en los seis primeros deciles de la distribución del ingreso que no sean derechohabientes de la seguridad social y residan en localidades semi urbanas y urbanas.

La unidad de afiliación será la familia nuclear, es decir, el padre y/o la madre y los hijos menores de 18 años de ambos o de alguno de ellos. Además se podrán incluir en la cobertura del seguro al padre y la madre de cualquiera de ellos que sean mayores de 64 años y que formen parte del hogar y por lo tanto habiten en la misma vivienda.

Para el caso de personas de 18 años o más que deseen afiliarse de manera individual, serán consideradas como familia unipersonal. En consecuencia se les aplican los mismos criterios y políticas que a la familia nuclear.

4.2 Cobertura

Inicialmente este programa operará en regiones seleccionadas de los estados de Colima, Jalisco, Aguascalientes, Tabasco y Campeche. Este programa se extenderá gradualmente al resto del país.

Entidad	Municipio	Número máximo de familias beneficiarias
Campeche		9,741
	Calkiní	
	Hecelchakán	
	Tenabo	
	Campeche	
	Holpechén	
Tabasco		13,352
	Comalcalco	
	Cunduacán	
Jalisco		13,838
	Acatitlán	
	Atotonilco	
	Ayotlán	
	Cabo Corrientes	
	Arandas	
	Encarnación de Díaz	
	Jalostotitlán	
	Jesús María	
	Puerto Vallarta	
	San Julián	
	San Miguel el Alto	
	San Sebastián del Oeste	
	Tepatitlán de Morelos	
	Tomatlán	
	Valle de Guadalupe	
	Cañadas de Obregón	
Aguascalientes	Aguascalientes	11,063
Colima		11,490
	Colima	
	Villa de Álvarez	
Total		59,484

Estas entidades y regiones fueron seleccionadas con base en los siguientes criterios:

- Alta cobertura de seguridad social
- Existencia de capacidad para ofrecer los servicios
- Grandes concentraciones urbanas y semiurbanas
- Existencia de grupos beneficiarios de programas sociales del gobierno federal

4.3 Características de los apoyos

La cobertura de servicios que los prestadores otorgarán a los beneficiarios del Seguro Popular de Salud comprende la mayoría de las intervenciones que se realizan en los centros de salud y hospitales generales de la red de servicios estatales de salud pública. Su costo promedio nacional es de \$1,411.00 por individuo.

Los medicamentos e insumos requeridos según los protocolos aprobados y cuya disponibilidad se garantiza al asegurado se presentan en el Anexo 2 de estas Reglas.

El Gobierno Federal destinará un subsidio que se complementa con las aportaciones de las familias. El monto de recursos del subsidio por individuo asegurado, esto es el subsidio per cápita, se calcula a partir del costo per cápita promedio del catálogo de beneficios médicos estimado para cada estado, menos el monto per cápita de recursos fiscales destinados a la prestación de servicios personales de salud en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (FASSA, PAC, PROGRESA).

El ajuste descrito en el párrafo anterior tiene como objetivo evitar la duplicidad de recursos y coordinar los apoyos de diferentes programas sociales en beneficio de las familias aseguradas.

Para los cinco estados de la República en donde inicia la operación del Seguro Popular de Salud, en el cuadro 4.1 se presenta el monto anual estimado del subsidio per cápita en cada entidad federativa, así como su promedio y el promedio nacional. En esta etapa del Seguro Popular de Salud, el monto que por concepto de subsidio se remita a los Servicios Estatales de Salud, será el correspondiente al per cápita estatal multiplicado por el número promedio nacional de miembros en las familias mexicanas, según el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2000.

Cuadro 4.1
Monto anual de subsidio en pesos

ENTIDADES	SUBSIDIO FEDERAL	
	per cápita	familiar *
Aguascalientes	260	1,143
Campeche	449	1,975
Colima	259	1,137
Jalisco	426	1,873
Tabasco	477	2,100
Promedio	374	1,646
Promedio nacional	398	1,751

* Considera 4.4 miembros por familia

Conforme a lo dispuesto en el Artículo 58 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación la Secretaría de Salud se obliga a reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos que no se destinen a los fines autorizados y aquellos que al cierre del ejercicio no se hayan devengado.

En atención a lo dispuesto en el Artículo 59 Fracción II del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación en relación a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad de los subsidios, el subsidio otorgado por familia no podrá ser mayor al 30 por ciento del costo del Catálogo de Beneficios Médicos.

4.4 Beneficiarios

Los beneficiarios del Seguro Popular de Salud son las familias mexicanas que no cuentan con los beneficios de la seguridad social en materia de salud y han satisfecho los requerimientos de afiliación.

4.4.1 Criterios de selección

Los criterios de selección de las familias beneficiarias son:

- Residir en las regiones de cobertura del Seguro Popular de Salud
- No ser derechohabiente de la seguridad social
- Optar voluntariamente por afiliarse
- Cubrir la cuota de afiliación correspondiente

4.4.2 Derechos y obligaciones de los asegurados

Los beneficiarios del Seguro Popular de Salud recibirán la “Carta de Derechos y Obligaciones de los Asegurados”, en la cual éstos se hacen explícitos.

Derechos

a) Acceso igualitario a la atención

El usuario tiene derecho a proteger su salud y recibir atención médica en los establecimientos designados de la red del Seguro Popular de Salud, sin discriminación y sin demora, y considerando una atención especial a discapacitados y al adulto mayor.

b) Trato digno y atención de calidad

Tiene derecho a ser asistido por personal calificado en la atención de su padecimiento y a ser tratado con una actitud cortés, amable, mediante un lenguaje comprensible de parte del equipo de salud.

Tiene derecho a exigir privacidad en la atención y respeto del pudor.

c) Medicamentos

Los beneficiarios tienen derecho a recibir el 100% de los medicamentos prescritos incluidos en el paquete de servicios.

De igual forma, tiene derecho a recibir indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le sean recetados.

d) Información y orientación

- Sobre el servicio

Tiene derecho a solicitar información sobre el tipo de prestaciones ofrecidas y orientación sobre el funcionamiento, las condiciones, los documentos y trámites a seguir para la obtención del Seguro Popular de Salud; de la prestación médica; y de los mecanismos de quejas y sugerencias.

Asimismo tiene derecho a ser informado sobre los horarios y localización de los establecimientos habilitados de la red de servicios.

- Durante el servicio

El titular del seguro, su familiar o representante legal, tiene derecho a recibir información suficiente sobre la propia salud de manera comprensible, veraz y oportuna.

Todo usuario tiene derecho a identificar a los profesionales de la salud que lo atienden y a conocer sus obligaciones y deberes. Asimismo tiene derecho a ser informado sobre el proceso para la obtención de una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento.

El paciente, familiar o representante legal, tiene derecho a recibir información, previa a dar su consentimiento (Consentimiento informado) sobre la descripción del procedimiento, objetivo, beneficios esperados, alternativas, consecuencias previsibles, consecuencias de no hacer el procedimiento y

riesgos. Esto deberá hacerse por escrito en procedimientos riesgosos y en casos de traslados o referencia a otros establecimientos. Asimismo deberá ser informado previamente, sobre actividades de docencia e investigación médica, en las que pudiese estar involucrado. Las excepciones al consentimiento informado son para los casos de riesgos a la Salud Pública, por incapacidad mental o legal y que no estén los familiares, y en casos de urgencia para evitar lesiones irreversibles o que pongan en peligro la vida.

- Después del servicio

El usuario tiene derecho a solicitar información para interponer quejas, reclamos o sugerencias sobre la atención brindada, así como a recibir respuesta escrita sobre los mismos, en un plazo no mayor de 30 días.

e) Expediente clínico

Cada usuario tiene derecho a un soporte documental de información clara, precisa y legible, que identifique las acciones y a los profesionales tratantes en cada proceso de atención sanitaria, garantizando el uso confidencial y restringido de su expediente y su inalterabilidad, teniendo también derecho a acceder a los informes y resultados previa solicitud escrita.

f) Decidir libremente sobre su atención

Del Catálogo de Beneficios médicos cubiertos por el Seguro Popular de Salud, el usuario tiene derecho a decidir sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico de la atención médica; así como de contar con la opinión de un segundo médico y decidir sobre su participación en actividades de docencia e investigación médica.

g) Rechazar tratamientos o procedimientos

Tiene derecho a rechazar tratamientos o procedimientos en enfermedades graves e incurables, así como de aquéllos dentro de los protocolos de investigación.

h) Urgencias

Tiene también derecho a recibir atención de emergencia en cualquier unidad de los Servicios Estatales de Salud en su entidad de residencia cuando se trate de intervenciones cubiertas por el Seguro.

Obligaciones

- a) Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- b) Informarse sobre el funcionamiento de los establecimientos (prestaciones, horarios y programas que ofrecen).
- c) Solicitar atención en el establecimiento de la red que corresponda, acorde con las necesidades de salud.
- d) Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud.
- e) Informarse sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.
- f) Informarse acerca de procedimientos de consulta y quejas.
- g) Cumplir las prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse.
- h) Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento.
- i) Hacer uso responsable de los servicios de salud.

4.4.3 Causas de suspensión y cancelación.

El derecho a la prestación de servicios médicos, con la cobertura determinada por el Seguro Popular de Salud será suspendido de manera temporal a un asegurado en los siguientes casos:

- Cuando el asegurado no realice el pago correspondiente a la cuota de afiliación en los primeros 30 días naturales del periodo de vigencia de su seguro. Para reincorporarse deberá transcurrir al menos un semestre.
- Cuando la familia asegurada se incorpore a alguna institución de seguridad social federal o estatal.

La cancelación de los beneficios del Seguro Popular de Salud ocurrirá:

- Cuando el asegurado realice acciones en perjuicio de los propósitos que persigue el Seguro Popular de Salud y afecte los intereses de terceros.
- Cuando haga mal uso de su identificación como asegurado del Seguro Popular de Salud.
- Cuando proporcione información falsa sobre su nivel de ingreso en el estudio socioeconómico.

Conforme a lo dispuesto en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, dado el carácter de subsidio que tiene la aportación federal para el financiamiento del Seguro Popular de Salud, su operación podrá ser suspendida por razones presupuestales, en cuyo caso los Servicios Estatales de Salud reintegrarán a los asegurados la porción no devengada de su cuota de afiliación.

4.5 Selección de entidades y regiones

Para ejercicios futuros, la selección de entidades y regiones que participarán en el Seguro Popular de Salud se hará con base en los siguientes criterios:

- La mayor proporción y número de personas no aseguradas en los primeros seis deciles de ingreso.
- La mayor incidencia y prevalencia de enfermedades.
- La existencia de la capacidad requerida para la prestación de los servicios cubiertos por el Seguro Popular de Salud.
- La demanda potencial de aseguramiento.
- La aportación federal per cápita para el gasto en salud.

Previo a la puesta en marcha del Seguro Popular de Salud se formalizarán los términos y compromisos adquiridos por la Federación y el Gobierno estatal a través de la suscripción del Acuerdo de Colaboración entre la Secretaría de Salud y la entidad federativa.

En cada entidad donde se ponga en marcha el Seguro Popular de Salud se hará una medición basal que permitirá afinar la estimación y el tamaño de la población que potencialmente pudiera incorporarse, así como los indicadores con los que se dará seguimiento a la operación y se realizará la evaluación del Seguro.

Con el propósito de avanzar en la georeferenciación de la cobertura e infraestructura, los diseños muestrales para la medición basal deberán atender en la medida de lo posible la regionalización operativa de los servicios, con el fin de proceder con precisión y rigor a la identificación de regiones, unidades y grupos de población a incorporar.

4.6 Definición de metas y programación

Para el 2002, las metas se fijan en función del monto autorizado en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, las estimaciones del subsidio promedio por familia y el calendario de afiliación en el curso del año.

Las metas se establecen tomando como unidad la familia asegurada, cuidando siempre en el proceso de afiliación no sobrepasar la asignación que como subsidio aporta la federación para el ejercicio fiscal en curso.

Se establecerán las metas anuales para el periodo 2003-2006, de acuerdo a las propuestas de las entidades federativas y de los recursos autorizados en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación.

4.7 Transparencia

Acorde a lo establecido en el artículo 64 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el año 2002, la papelería, documentación oficial, así como la publicidad y promoción empleadas relativas al Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), deberán contener la leyenda: "Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante autoridad competente".

Ningún servidor público o personal que participe en la operación del Seguro podrá solicitar algún tipo de cooperación económica o de participación política a las personas afiliadas al Seguro o a sus familiares beneficiarios.

5. Instancias normativas y ejecutoras

5.1 Instancias normativas

La Secretaría de Salud es la instancia que garantizará la coherencia y coordinación entre el Seguro Popular de Salud y sus otros programas, así como con los de otras instituciones del sector salud. Asimismo, identificará las prioridades respecto a zonas geográficas, grupos de población, infraestructura disponible para la ejecución del Seguro Popular de Salud y coordinará la realización de estudios e investigaciones necesarios para su instrumentación.

5.2 Instancias ejecutoras

Al gobierno federal le corresponderá:

- Formular el plan estratégico de desarrollo del Seguro Popular de Salud 2002-2006.
- Canalizar a las entidades federativas participantes los recursos para instrumentar el Seguro Popular de Salud de acuerdo con lo establecido en estas Reglas de Operación y lo autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación.
- Diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizarán en la operación.
- Definir el marco organizacional en los ámbitos federal y estatal.
- Utilizar la información relativa a grupos de beneficiarios incorporados en otros programas sociales del Gobierno Federal con la finalidad de evitar duplicidades.
- Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago y aplicación del sistema de puntajes.
- Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de asegurados.
- Vigilar la complementariedad y compatibilidad de las acciones de los diversos programas que esta dependencia impulsa en el ámbito de las entidades federativas y en el contexto de la política de desarrollo social.
- Apoyar presupuestalmente la ejecución de las tareas para la puesta en marcha del Seguro Popular de Salud.
- Promover en los ayuntamientos su participación en el Seguro Popular de Salud y sus aportaciones para la oferta de los servicios.

- Definir y promover la adecuación del marco jurídico que sustente la operación del seguro.
- Definir e instrumentar la evaluación de la operación e impacto del Seguro Popular de Salud.

A los gobiernos estatales les corresponderá:

- Llevar a cabo las acciones de identificación de grupos a beneficiar, de difusión y afiliación y de administración del padrón de asegurados en su entidad.
- Integrar y mantener actualizado el padrón de asegurados de la entidad.
- Contratar al personal, que en su caso se requiera, para realizar las actividades inherentes a la operación del seguro.
- Prestar los servicios comprendidos en la cobertura acordada para cada entidad, así como garantizar la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos para su oferta oportuna y de calidad.
- Aplicar los recursos que se reciban por concepto de cuotas de afiliación y el subsidio que el gobierno federal destine a las familias y los ciudadanos incorporados al seguro, en función de los compromisos adquiridos en los Acuerdos de Coordinación que especificarán los conceptos de gasto a que se destinarán los recursos obtenidos.
- Aplicar los instrumentos y procedimientos necesarios para el seguimiento operativo del Seguro Popular de Salud en su entidad y la evaluación del impacto en su ámbito.
- Asumir y cumplir con los compromisos y metas contempladas en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, particularmente en lo que se refiere a la certificación de nosocomios y unidades médicas.
- Promover que los servicios de salud estatales adopten esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen su administración de servicios y registros clínicos y alienten la certificación de su personal.
- Brindar apoyo a los solicitantes del Seguro Popular de Salud para facilitarles la obtención de actas de nacimiento y CURP.
- Sustituir, para las familias y ciudadanos asegurados, el pago de cuotas de recuperación por el de cuota de afiliación, como forma de prepago.
- Definir y promover la adecuación del marco normativo estatal que permita la operación eficiente del seguro.
- Proporcionar a la SSA la información relativa a la transferencia de los recursos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto de los recursos transferidos.

6. Mecánica de operación

Los servicios estatales de salud a través de los promotores coordinarán reuniones de promoción y difusión del Seguro Popular de Salud con grupos de población que carecen de acceso a los servicios médicos de la seguridad social. Adicionalmente, en cada región participante se informará en medios de comunicación sobre las ventajas del Seguro Popular de Salud y se exhortará a la población para que acuda a los centros de afiliación para incorporarse y recibir su credencial de beneficiario. Los centros de afiliación serán principalmente las unidades médicas en donde se ofrecen los servicios de salud pero las entidades federativas determinarán la existencia de centros de afiliación adicionales.

Aquellas familias o colectividades que decidan adquirir el Seguro deberán acudir a algún centro de afiliación. Utilizando la cédula elaborada para estos fines se les practicará un estudio socioeconómico y

firmarán una hoja en donde se comprometen a pagar la contribución que les corresponda según su nivel de ingreso. El promotor del Seguro Popular de Salud le informará el día y la hora en que deberá presentarse a recoger su credencial y le indicará que será necesario mostrar una identificación de los integrantes de la familia y preferentemente un comprobante de domicilio. Antes de entregar la credencial los servicios estatales de salud realizarán los cruces necesarios con las bases del IMSS y el ISSSTE para verificar que se trate de población sin acceso a servicios de salud de estos institutos.

La tarjeta única de salud (TUSalud) del Seguro Popular de Salud estará acompañada de la Carta de Derechos de los asegurados en donde los beneficiarios conocerán sus derechos. Adicionalmente, se entregará el Catálogo de beneficios médicos a que tienen derecho por haber pagado de manera anticipada por su salud, y finalmente se enlistarán los centros de salud, hospitales básicos comunitarios (en su caso) y los hospitales generales que participan como prestadores de servicios del Seguro Popular de Salud.

Una vez que la familia cuente con la credencial que lo identificará como beneficiario del Seguro, podrá recibir los beneficios médicos establecidos en el Catálogo y se les garantizarán los medicamentos asociados a dichas intervenciones.

El Catálogo de Beneficios Médicos (Anexo 1) incluye 78 intervenciones pudiendo añadirse en algunas entidades otras intervenciones en atención a necesidades de salud y perfiles epidemiológicos.

Un requisito para tener acceso a los beneficios del Seguro Popular de Salud en hospitales, es haber sido referido de algún centro de salud, excepto en casos de urgencias. Por ello, el beneficiario tendrá que presentarse en su centro de salud para que se le abra un expediente clínico, se le dé un seguimiento continuo a su salud y en caso de necesitarlo se le refiera a un hospital básico comunitario o a un hospital general.

Al momento de requerir atención médica el beneficiario se presentará en la caja de la unidad médica y deberá mostrar su credencial que lo ampare como beneficiario del Seguro Popular de Salud. Se registrará su credencial en la hoja de pago y podrá hacer uso del servicio que incluya el seguro sin costo alguno. Los beneficios serán válidos hasta el 31 de diciembre del presente año. La edad o el estado de salud de la persona no impedirán la renovación del Seguro Popular de Salud. Los beneficiarios contribuirán con el monto que su nivel de ingreso les permita y el resto de la cuota será cubierto por el Seguro Popular de Salud mediante la transferencia de un subsidio a las entidades federativas. El nivel de ingreso no será limitante para la afiliación. El catálogo de beneficios será el mismo para todas las familias incorporadas al Seguro Popular de Salud en la misma región geográfica. En caso de perder la credencial se podrá acudir al centro de afiliación correspondiente para solicitar su reposición, pagando \$10 pesos por la reposición de la misma.

6.1 Difusión y promoción

Los Servicios Estatales de Salud pondrán a disposición de la población:

- Las características del Seguro Popular de Salud y las reglas de operación del mismo.
- Material promocional como son folletos, trípticos, carteles, etc., detalles del programa y los mecanismos de registro.
- Conforme a lo dispuesto por el artículo 76 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, se difundirá periódicamente entre la población en general, a través de la página

electrónica de la Secretaría de Salud (www.ssa.gob.mx) la información relativa al cumplimiento de metas y objetivos del Seguro Popular de Salud a más tardar 15 días hábiles posteriores a la fecha en que se hayan generado.

6.2 Identificación de familias

En todas las entidades federativas donde inicie este programa, se llevarán a cabo las actividades de promoción del Seguro Popular de Salud, para lo cual deberá elaborarse una programación de reuniones de información, tanto en comunidades, como con grupos organizados.

El proceso de identificación también considera el registro inicial de los interesados en inscribirse al Seguro Popular de Salud y la aplicación del instrumento para evaluar su capacidad de pago.

Las actividades que se llevan a cabo en el proceso de registro e identificación de familias considera los siguientes aspectos:

- Los interesados serán convocados a reuniones de información en módulos de orientación diseñados ex-profeso o en los centros de salud de las propias localidades donde radican, garantizando la posibilidad de acceso de la población interesada.
- Las personas que se inscriban en el Seguro Popular de Salud deberán mostrar la Clave Unica de Registro de Población (CURP). En caso de que la familia o individuo interesado no cuente con su CURP, los servicios estatales de salud prestarán la ayuda necesaria para que las autoridades correspondientes la otorguen a los beneficiarios del Seguro Popular de Salud.
- Todos los interesados llenarán un formato de registro e identificación, para lo cual deberán proporcionar información sobre los hijos menores de 18 años y, en su caso, padres del (la) titular y su esposa(o), que vivan en el mismo hogar.
- El interesado recibirá en la reunión informativa, además de la información que le permita elegir la periodicidad de pago (semestral o anual), así como los lugares donde puede realizar el pago correspondiente y el periodo en que podrá hacerlo, la documentación de promoción y un comprobante de registro.
- La capacidad de pago se determinará mediante la aplicación de un instrumento estandarizado diseñado para tal propósito, a través de la cual se obtendrán los datos sobre las características socioeconómicas de los interesados. Este formato será llenado en la propia reunión informativa del Seguro. El Seguro se reserva la posibilidad de verificar muestral o totalmente la información contenida en los formatos mediante visita domiciliaria.
- La información obtenida con este instrumento, se capturará y procesará en medios magnéticos. A cada familia o persona interesada en el seguro se les asignará un número de identificación (folio) que permitirá mantener la confidencialidad de la información.
- Una vez que se cuente con la información de las familias o personas interesadas, se procederá a la evaluación individual. Los datos socioeconómicos se analizarán mediante un sistema de puntajes, lo que permitirá ubicar en el estrato adecuado a los usuarios del seguro.
- Los resultados del estudio que establece el monto de las cuotas según la capacidad de pago de los interesados serán entregados en el centro de afiliación que les corresponda geográficamente a cada uno, donde estarán a su disposición para poder continuar con el trámite de afiliación al Seguro Popular de Salud. Esta información estará disponible en medios impresos y vía telefónica para lo cual habrá una línea destinada a ello. Para acceder a esta información el interesado podrá solicitarla mediante el número de identificación que le fue proporcionado.

- Para el núcleo familiar o individuo que se inscriba al Seguro Popular de Salud, la información contenida en el estudio socioeconómico será válida para la renovación del seguro hasta por tres años, debiendo elaborarse un nuevo estudio para el cuarto año de contratación del Seguro.

El solicitante del Seguro Popular de Salud recibirá información sobre la fecha en que debe presentarse para la elaboración de la credencial que lo acredita como asegurado.

6.3 Afiliación

La unidad de afiliación para efectos de la inscripción al Seguro Popular de Salud será la familia nuclear, es decir, el padre y/o la madre así como los hijos menores de 18 años, de ambos o de alguno de ellos.

Además, se podrán incluir en la cobertura del Seguro Popular de Salud al padre y la madre de cualquiera de ellos que sean mayores de 65 años y que formen parte del hogar y por lo tanto habiten en la misma vivienda.

Es condición indispensable para el registro y afiliación al seguro presentar la CURP de cada individuo. Para el caso de recién nacidos deberá darse aviso en el centro de salud que le corresponde a la familia asegurada, presentando el acta de nacimiento y/o CURP del menor. De igual manera se fomentará que den aviso de los casos de decesos que se presenten en el núcleo familiar.

La afiliación se realizará una vez que los interesados efectúen el pago correspondiente a su cuota. En esta etapa recibirán una credencial que les permitirá identificarse como asegurados ante los servicios de salud y recibir la protección médica que el Seguro Popular de Salud brinda.

El proceso de afiliación se sustenta en los siguientes criterios:

- El resultado de la evaluación de la capacidad de pago de los interesados tendrá vigencia de un año. Si transcurrido este periodo, manifiestan su interés en incorporarse a la protección del seguro deberá aplicarse un nuevo formato de registro e información socioeconómica.
- La afiliación se llevará a cabo en dos periodos: enero y julio. Este año, por tratarse de la puesta en marcha, en cada estado habrá una campaña intensiva durante los primeros meses del primer semestre. En común acuerdo entre las autoridades estatales y la Coordinación General del Seguro Popular de Salud podrá evaluarse la viabilidad de establecer periodos extraordinarios de afiliación.
- Todos los individuos mayores de 13 años deberán presentarse en el centro de afiliación para realizar el proceso de credencialización.
- Cada asegurado recibirá una Carta de Derechos y Obligaciones, donde se incluye la información básica sobre la cobertura de los servicios del seguro, y el directorio de las unidades médicas más cercanas a su localidad.
- En el centro de salud que le corresponda a los asegurados será integrado un expediente individual, el cual contendrá su historia clínica.

6.4 Modelo de atención

Se definirá un modelo para la atención de los asegurados (en los términos del artículo tercero transitorio de las presentes Reglas), para garantizar que los prestadores de servicios en centros de salud y hospitales, cumplan los compromisos adquiridos por el Seguro.

El modelo de atención del Seguro Popular de Salud deberá mantener correspondencia con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIDAS) y contemplar, en adición al Catálogo de Beneficios Médicos referido en estas Reglas, al menos los siguientes aspectos:

- Programación de exámenes preventivos
- Programación de citas para consultas
- Integración de expedientes clínicos
- Mecanismo de referencia y contrarreferencia
- Expedición y surtimiento de recetas
- Servicio de atención del Seguro Popular de Salud destinado a informar, asesorar, atender las reclamaciones de los asegurados y a velar por sus derechos

Para obtener los servicios, los beneficiarios deberán cubrir los siguientes requisitos desde el inicio del programa:

- Presentar su credencial de asegurado. En caso de no presentarla en los centros de salud, se verificará su vigencia en el padrón de la unidad correspondiente. En caso de urgencia deberá presentar su credencial previo al egreso.
- Ser referidos por un centro de salud para acceder a servicios y medicamentos de hospitalización, excepto en casos de urgencias.

En el caso de servicios de urgencias que requieran los asegurados, se podrá hacer uso de cualquiera de las unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud, sin tener que pagar la cuota de recuperación que corresponda al servicio empleado.

El conjunto de intervenciones que integran el seguro serán ofrecidos por los Servicios Estatales de Salud, estructurados bajo un esquema operativo de regionalización, teniendo como base un Hospital General y los centros de salud con capacidad disponible para atender a los asegurados que se encuentren en su zona de influencia geográfica.

Al inicio de la operación del Seguro Popular de Salud cada individuo asegurado tendrá un centro de salud como referencia para su atención primaria. En el futuro se examinará la posibilidad de que cada familia asegurada tenga la posibilidad de optar por un centro de salud como su unidad primaria de atención, así como a la elección del médico de la familia, de entre la planta de médicos que laboran en el centro de su elección.

6.5 Contraloría social

Con el propósito de incorporar a la ciudadanía en el control, vigilancia y evaluación del Seguro Popular de Salud, los Servicios Estatales de Salud promoverán la participación social promoviendo acciones tendientes a informar a la ciudadanía y a los beneficiarios de este Seguro sobre los apoyos otorgados, con el fin de que los propios beneficiarios se constituyan en instancias de contraloría social. Esta función supondrá el planteamiento de espacios de comunicación gobierno-sociedad y la capacitación e implementación de mecanismos directos de captación de quejas, denuncias y evaluación de los servicios. Estas acciones se realizan, en lo que corresponde, con la SECODAM. Entre los principales mecanismos de Contraloría Social propuestos se encuentran:

- La interacción con los promotores del Seguro Popular de Salud y colaboración para hacer recomendaciones para mejorar su operación.
- El desarrollo de sesiones informativas que tendrán el objetivo de difundir el programa, concienciar a la población, promover el registro, escuchar las sugerencias de los beneficiarios y darle seguimiento en general al Seguro Popular de Salud.

- La comunicación al teléfono de atención a beneficiarios (que recibirán al momento del registro) cuando detecten algún tipo de anomalía o requieran apoyo.
- La participación de la autoridad municipal o estatal, a través de los organismos de control estatales equivalentes a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, para recibir demandas o quejas relacionadas con el Seguro Popular de Salud.
- El médico de primer contacto que se encuentra en el centro de salud de la comunidad, podrá también escuchar las preocupaciones y sugerencias de los beneficiarios y transmitirlos a las autoridades correspondientes.
- Los Servicios Estatales de Salud promoverán el establecimiento de un aval social a los resultados obtenidos por el Seguro Popular de Salud incorporando para el análisis de la información, a alguna institución no gubernamental con prestigio local.

7. Informes programático-presupuestarios

7.1 Administración de fondos

Las fuentes de financiamiento del Seguro Popular de Salud provienen de:

- Subsidio federal para cada familia asegurada
- Cuotas de afiliación que aportan los asegurados

Para la operación del Seguro Popular de Salud los Servicios Estatales de Salud reciben un subsidio federal por cada familia asegurada, en adición a los recursos fiscales autorizados en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación.

La Secretaría de Salud remitirá mensualmente a los Servicios Estatales de Salud el subsidio federal correspondiente, con base en los Padrones de Familias e Individuos con aseguramiento vigente. Es responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud mantener actualizados los padrones de asegurados.

La administración de esos recursos por parte de los Servicios Estatales de Salud, estará sujeta a las leyes, normatividad y reglamentación vigentes para el manejo de los recursos federales, las disposiciones establecidas en la materia en cada entidad federativa, así como las presentes Reglas de Operación y los Acuerdos de Coordinación que se celebren con las entidades federativas correspondientes.

7.2 Cuotas de afiliación

El monto que por concepto de cuota aportará cada familia nuclear como unidad básica de afiliación se determinará con base en su nivel de ingreso y consecuentemente su capacidad de pago.

Para el caso de personas de 18 años o más que deseen afiliarse de manera individual, serán consideradas como familia unipersonal. En consecuencia se les aplican los mismos criterios y políticas para determinar su capacidad de pago y definir el monto de su aportación.

Con el propósito de medir la capacidad de pago se ha desarrollado un instrumento para la obtención de información socioeconómica de las familias que se aplicará a nivel nacional de manera estandarizada. La clasificación del nivel de ingreso se realizará mediante un sistema de puntajes empleando un modelo de análisis discriminante.

En el caso de que se incorporen familias beneficiarias de programas sociales del gobierno federal para las que ya se disponga de una valoración de su capacidad de pago, como son los de leche y tortilla, se aplicarán esos criterios.

Para llevar a cabo estas tareas, así como para cumplir con los estándares establecidos para la integración de padrones de los programas sociales del gobierno federal se han establecido los acuerdos requeridos con la Secretaría de Desarrollo Social.

Los niveles de las cuotas se incrementan conforme aumenta el ingreso de las familias; esto permite mantener un principio de equidad por el carácter progresivo de los pagos y por que los hogares que se encuentren en un mismo nivel de ingreso, aportarán la misma cuota.

Con base en los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Aseguramiento en Salud y gasto en salud efectuada en diciembre del 2001, considerando nivel de ingreso y disposición de pago se definieron los montos de las cuotas de afiliación por decil de ingreso según se muestra en el cuadro 7.1. De esta encuesta se calcula que el monto promedio anual que la familia no asegurada está dispuesta a aportar para afiliarse al Seguro Popular de Salud es de \$1,717.02

Cuadro 7.1

Cuota por familia según decil de ingreso

Deciles de ingreso ¹	Ingreso trimestral promedio por hogar	Cuota semestral	Cuota Anual
I	3,537	120	240
II	6,157	180	360
III	8,395	300	600
IV	10,707	540	1080
V	13,284	900	1800
VI	16,511	1140	2280
VII	20,611	1500	3000
VIII	26,209	1800	3600
IX	37,502	2400	4800
X	90,224	3000	6000

1/ Agrupación del total de hogares en diez estratos con igual número de hogares, ordenados de menor a mayor de acuerdo a su ingreso corriente monetario trimestral (ENIGH, 2000).

Para determinar los montos de las cuotas se tomó en consideración que éstos sean significativamente menores que el gasto de bolsillo reportado en las Encuestas de Ingreso-Gasto de los Hogares del INEGI, por concepto de cuidados médicos y conservación de la salud.

8. Seguimiento y Evaluación

En lo relativo al seguimiento y evaluación del Seguro Popular de Salud se incluye:

1. La observación continua de las principales actividades, a través de un grupo de indicadores específicos, con el fin de corregir y ajustar, en el momento, los insumos y recursos necesarios para la consecución de las metas operativas del programa.
2. El análisis periódico de su eficiencia, progreso, resultados e impacto con el fin de determinar en qué medida se están alcanzando los objetivos propuestos y qué podría explicar las diferencias

entre lo obtenido y lo esperado. Este análisis contempla una serie de conclusiones y recomendaciones de acción para el futuro.

Los principales objetivos del Seguro Popular de Salud cuyo cumplimiento habrá de seguirse y evaluarse son los siguientes:

- La eliminación de las barreras financieras al acceso a las intervenciones incluidas dentro del Catálogo de Beneficios Médicos.
- El acceso a servicios de calidad técnica y a los medicamentos y otros insumos requeridos para satisfacer las necesidades de salud de la población afiliada.
- La garantía de un trato adecuado en el uso tanto de los servicios personales como no personales contemplados en el Catálogo de intervenciones.
- La reducción de los gastos de bolsillo por motivos de salud en los hogares afiliados.
- La reducción de los gastos catastróficos por motivos de salud en los hogares afiliados.
- La diseminación de la cultura de aseguramiento contra riesgos para la salud (disposición a pagar) entre la población actualmente no asegurada.

Estos objetivos de seguimiento y evaluación se cumplirán mediante el diseño y puesta en operación de i) un sistema de indicadores de seguimiento y ii) un sistema integral de evaluación.

8.1 Sistema de seguimiento

Para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos del Seguro Popular de Salud se pondrá en marcha un sistema de seguimiento de las principales actividades sustantivas de este programa. Su herramienta principal será la lista de indicadores que se muestran en el punto 9 correspondiente a indicadores.

Para estos indicadores se fijarán estándares y metas que deberán alcanzarse en periodos determinados de tiempo. La generación de esta información será responsabilidad de las unidades operadoras del Seguro Popular de Salud estatales y federal. Otras fuentes de información serán las Encuestas Continuas de Salud -que darán inicio en el 2002- y el Sistema de Información en Salud de la SSA.

8.2 Sistema de Evaluación

Evaluación Indirecta

El Sistema Nacional de Evaluación de la SSA cuenta con instancias internas y externas de evaluación. Dentro de las instancias internas, se incluye un sistema de evaluación del desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud que cuenta con cinco "indicadores de desempeño": esperanza de vida saludable, índice de desigualdad en salud, índice de trato adecuado, índice de desigualdad en trato adecuado e índice de protección financiera.

Este último índice mide tanto la equidad de la contribución al financiamiento de los servicios de salud como la protección que ofrece el sistema contra el empobrecimiento por motivos de salud. Por estas razones puede utilizarse para darle seguimiento a todas aquellas actividades que influyen en el perfil de financiamiento de los servicios de salud y en la protección de los hogares mexicanos contra gastos catastróficos por motivos de salud.

El Seguro Popular de Salud supone una importante movilización de recursos financieros, sobre todo públicos, que habrá de favorecer a los grupos más desprotegidos. También supone la ampliación del

prepago en el sector. Por estas dos razones su implantación muy probablemente impactará los valores tanto nacionales como estatales del índice de protección financiera. Este indicador, aunque se ve afectado por actividades que rebasan el ámbito de competencia del Seguro Popular de Salud, podrá utilizarse para darle seguimiento *indirecto* al desempeño de este seguro, tanto en el nivel nacional como estatal. Las cifras estatales, además, permitirán generar un sistema de evaluación comparativo que promoverá el aprendizaje a partir de las experiencias más exitosas.

- El valor de este índice se reportará, para el nivel nacional, anualmente a partir de 2002 (cifras de 2000).
- Para el nivel estatal, el índice de protección financiera empezará a reportarse de manera regular a partir de 2004.

Evaluación Ad Hoc

Además del seguimiento indirecto a través del índice de protección financiera, el Seguro Popular de Salud, como programa prioritario de la actual administración, será sujeto de evaluaciones *ad hoc*. Estas evaluaciones incluirán una medición basal, que se realizará en 2001 y 2002, una evaluación intermedia en el año 2004 y una evaluación final en el año 2006.

Estas evaluaciones *ad hoc* medirán básicamente los siguientes componentes:

- desempeño del Seguro Popular de Salud en su componente gerencial (identificación de las condiciones socio-económicas de la población blanco; definición y manejo de los subsidios; credencialización; mercadotecnia);
- eliminación de las barreras financieras al acceso a los servicios de salud incluidos en el Catálogo de Beneficios Médicos (renuncia o postergación de la atención por motivos financieros);
- calidad técnica con las que se están proporcionando los servicios;
- abasto y acceso a los medicamentos asociados al Catálogo de Beneficios Médicos;
- trato adecuado (tiempos de espera, información al usuario, maltrato, autonomía, capacidad de elección, acceso a redes de apoyo);
- percepción que tienen los proveedores del Seguro Popular de Salud;
- gasto de bolsillo para la atención de necesidades de salud entre la población objetivo;
- incidencia/prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud entre la población objetivo;
- disponibilidad a prepagar para protegerse contra riesgos a la salud entre la población objetivo.

Estrategia Metodológica

Para las evaluaciones *ad hoc* inicial y subsecuentes se utilizarán dos estrategias metodológicas: i) los estudios quasi-experimentales y ii) las encuestas tipo panel. En ambos casos se utilizarán métodos probabilísticos para seleccionar las poblaciones de estudio una vez que se hayan definido de manera precisa los beneficiarios de la intervención. Los estudios quasi-experimentales comparan poblaciones que reciben la intervención –en este caso el Seguro Popular de Salud– con otras que no la reciben. Esta estrategia es útil para comparar la eliminación de las barreras financieras al acceso a servicios de salud, el acceso a servicios de alta calidad técnica y a los medicamentos y otros insumos a ellos asociados,

requeridos para satisfacer las necesidades de salud de la población afiliada, el trato adecuado, los gastos de bolsillo por motivos de salud y la incidencia/prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud. Las encuestas tipo panel, por su parte, permiten identificar cambios a través del tiempo en los mismos individuos u hogares. Esta estrategia se puede aplicar a las poblaciones que reciben las intervenciones del Seguro Popular de Salud. Adicionalmente, es probable que poblaciones que inicialmente se utilicen como poblaciones control se incorporen posteriormente al Seguro Popular de Salud. En estos casos es perfectamente posible hacer comparaciones *ex-ante/ex-post*.

Responsables

La producción de información para generar los valores de los indicadores de seguimiento del SPS y la difusión de éstos serán responsabilidad de los encargados estatales del programa y de la Coordinación General del Seguro Popular de Salud.

El cálculo y difusión de los valores del índice de justicia financiera para el nivel nacional y para los niveles estatales será responsabilidad de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la SSA.

Finalmente, las evaluaciones *ad hoc* se harán de manera externa para evitar conflictos de interés, conforme a lo dispuesto en el Artículo 63 Fracción V, Inciso b, del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, 2002.

9. Indicadores

Nombre	Porcentaje de familias incorporadas
Objetivo	Medir el grado de avance en la incorporación de familias
Unidad de medida	Familias incorporadas
Fórmula	Número de familias incorporadas, entre el total estimado de familias en población abierta
Periodicidad	Trimestral
Nombre	Porcentaje de familias dadas de baja
Objetivo	Medir el nivel de familias afiliadas dadas de baja
Unidad de medida	Familias dadas de baja
Fórmula	Número de familias que interrumpen su afiliación entre el total de familias incorporadas
Periodicidad	Semestral
Nombre	Porcentaje de familias afiliadas al seguro popular que se integran a la seguridad social
Objetivo	Medir el número de familias afiliadas que se dan de baja para incorporarse a la seguridad social

Unidad de medida	Familias dadas de baja por incorporarse a la seguridad social
Fórmula	Número de familias dadas de baja por incorporarse a la seguridad social entre el total de familias dadas de baja
Periodicidad	Semestral
Nombre	Promedio de cuotas captadas por familia afiliada
Objetivo	Determinar las aportaciones promedio de las familias afiliadas
Unidad de medida	Aportación promedios
Fórmulas	Total de cuotas de afiliación entre el número de familias afiliadas
Periodicidad	Semestral
Nombre	Porcentaje de la capacidad utilizada en consulta externa
Objetivo	Determinar el porcentaje de demanda de servicio de consulta externa en la zona de cobertura con respecto a la oferta total de servicios de consulta externa en dicha zona de cobertura
Unidad de medida	Servicios en consulta externa
Fórmulas	Total de consultas generadas por afiliados entre la capacidad total de consultas en la zona de cobertura
Periodicidad	Trimestral
Nombre	Porcentaje de la capacidad utilizada en hospitalización
Objetivo	Determinar el porcentaje de demanda de servicios en hospitalización en la zona de cobertura con respecto a la oferta total de servicios en hospitalización en dicha zona de cobertura
Unidad de medida	Servicios de hospitalización
Fórmulas	Total de días cama ocupadas por pacientes afiliados entre la oferta total de días cama en la zona de cobertura
Periodicidad	Trimestral
Nombre	Porcentaje de la población afiliada que requirió atención hospitalaria
Objetivo	Determinar el porcentaje de la población que tuvo que ser internada en un hospital
Unidad de medida	Paciente hospitalizado
Fórmulas	Número de egresos hospitalarios de afiliados entre el total de la población afiliada
Periodicidad	Trimestral
Nombre	Promedio de días estancia por egreso hospitalario
Objetivo	Determinar los días utilizados de cama-hospital por paciente internado
Unidad de medida	Promedio de días cama por paciente
Fórmulas	Total de días cama utilizado por pacientes afiliados entre número de egresos hospitalarios de la población afiliada
Periodicidad	Trimestral

Nombre	Porcentaje de afiliados con expediente clínico
Objetivo	Determinar el porcentaje de la población afiliada con expediente clínico en su unidad de adscripción
Unidad de medida	Afiliado con expediente clínico
Fórmulas	Número de expedientes clínicos de afiliados entre el total de afiliados
Periodicidad	Semestral
Nombre	Porcentaje de hospitales certificados
Objetivo	Garantizar un nivel aceptable de calidad de servicio en hospitales de cobertura del seguro popular
Unidad de medida	Hospital certificado
Fórmulas	Número de hospitales certificados participantes en el seguro popular en zonas de cobertura entre el total de hospitales participantes en dichas zonas de cobertura
Periodicidad	Semestral
Nombre	Porcentaje de pacientes referidos al segundo nivel de atención
Objetivo	Determinar la capacidad resolutive en el primer nivel de atención
Unidad de medida	Pacientes referidos al segundo nivel
Fórmula	Número total de paciente afiliados referidos al segundo nivel entre total de pacientes atendidos afiliados en el primer nivel
Periodicidad	Trimestral

Previsión

La Secretaría de Salud publicará en el **Diario Oficial de la Federación**, a más tardar el 30 de junio de este año, el sistema para la atención de la salud para la población inscrita al Seguro Popular de Salud, mismo que especificará las condiciones de la prestación de los servicios, a fin de garantizar que los proveedores de éstos cumplan los compromisos adquiridos por el seguro.

Fundamento legal

Las presentes Reglas se emiten en cumplimiento de lo dispuesto por los artículos 63 y 64 y séptimo y octavo transitorios del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año 2002, los artículos 32, 48, 49 y 50 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y atendiendo a lo dispuesto en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, el Reglamento interior de la Secretaría de Salud y con base a los Acuerdos de Coordinación con los Gobiernos Estatales.

TRANSITORIO

PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

México, Distrito Federal, a los once días del mes de marzo de dos mil dos.- El Secretario de Salud,
Julio José Frenk Mora.- Rúbrica.

CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS**PLAN FAMILIAR****SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA****INMUNIZACIONES, DETECCION Y PREVENCION**

- | | |
|----|--|
| 1 | Inmunización contra poliomielitis |
| 2 | Inmunización contra sarampión, rubéola y parotiditis |
| 3 | Inmunización con vacuna pentavalente |
| 4 | Inmunización con BCG |
| 5 | Inmunización contra DPT |
| 6 | Inmunización contra difteria y tétanos, Td |
| 7 | Inmunización con toxoide tetánico |
| 8 | Inmunización contra influenza en el adulto |
| 9 | Inmunización contra neumococo en el adulto |
| 10 | Detección de la Diabetes Mellitas |
| 11 | Detección de la Hipertensión Arterial |
| 12 | Detección de trastornos de la agudeza visual en niños |
| 13 | Detección de cáncer cérvico-uterino |
| 14 | Detección de cáncer de mama (clínica, mastografía y biopsia) |
| 15 | Detección de hipertrofia de próstata (clínica, antígeno y toma de biopsia) |

SERVICIOS DE CONSEJERIA MEDICA, PSICOLOGICA, DIETA Y EJERCICIO

- | | |
|----|--|
| 16 | Vigilancia de la nutrición, crecimiento y consulta del niño sano |
| 17 | Examen físico anual para adultos mayores de 40 años |
| 18 | Consejería Nutricional y de Ejercicio (obesidad, hipercolesterolemia, osteoporosis, HTA) |
| 19 | Grupos de autoayuda para desarrollar conductas saludables |
| 20 | Detección, consejería y referencia de adicciones |
| 21 | Consejería sobre Salud Reproductiva |
| 22 | Detección y consejería para la prevención de ITSs (VIH, sífilis, Hep. B y chlamidia) |

SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA**MEDICINA FAMILIAR**

23	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus tipo II
24	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial
25	Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad péptica (incluye endoscopia)
26	Diagnóstico y tratamiento del asma (incluye urgencias y hospitalización)
27	Diagnóstico y tratamiento de gota
28	Diagnóstico y tratamiento anemia ferropriva
29	Diagnóstico y tratamiento de enfermedad articular degenerativa
30	Diagnóstico y tratamiento de dermatosis simples
31	Diagnostico y tratamiento de la Otitis Media Aguda
32	Diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda
33	Diagnóstico y tratamiento del Cólera
34	Diagnóstico y tratamiento de parasitosis intestinal
35	Diagnóstico y tratamiento de infección respiratoria aguda
36	Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis
37	Diagnóstico y tratamiento del dengue clásico y hemorrágico (incluye urgencias y hospital)
38	Diagnóstico y tratamiento del paludismo
39	Diagnóstico y tratamiento de brucelosis
40	Diagnóstico y tratamiento de la lepra
41	Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de vías urinarias y pielonefritis
42	Diagnóstico y tratamiento de ITS (sífilis, gonorrea, candidiasis, clamidia y tricomonas)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA	
43	Diagnóstico y consejería del tabaquismo en adolescentes
44	Diagnóstico y consejería del alcoholismo
45	Diagnóstico y tratamiento farmacológico ambulatorio de la depresión
46	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la epilepsia
SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA	
47	Planificación familiar con métodos temporales, anticonceptivos
48	Planificación familiar con métodos temporales, preservativos
49	Planificación familiar con métodos temporales, DIU
50	Planificación familiar con métodos definitivos: vasectomía
51	Clínica de displasias y conización
UNIDAD BASICA DE REHABILITACION	
52	Rehabilitación de fracturas
53	Rehabilitación de parálisis facial
54	Estimulación temprana del prematuro

SERVICIOS DE ODONTOLOGIA	
55	Prevención de caries (curetaje, odontoxesis y aplicación tópica de flúor)
56	Obturación de caries de 1er. y 2o. grado con amalgama
SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y CIRUGIA	
ATENCION DE URGENCIAS	
57	Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curaciones y suturas)
58	Diagnóstico y tratamiento de fracturas cerradas de huesos largos
59	Diagnóstico y tratamiento de envenenamientos
60	Prevención de la rabia y manejo de mordeduras
61	Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente
62	Diagnóstico y tratamiento del alacranismo y picaduras
63	Estabilización de pacientes (Hipertensión, Diabetes, Angor pectoris)
SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	
64	Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis
65	Diagnóstico y tratamiento de la neumonía
66	Diagnóstico y tratamiento de meningitis
ATENCION DEL EMBARAZO, PARTO Y RECIEN NACIDO	
67	Atención prenatal del embarazo y detección y referencia del embarazo de alto riesgo
68	Atención del parto normal y del puerperio
69	Atención perinatal del recién nacido
70	Tamiz metabólico del recién nacido (hipotiroidismo y fenilcetonuria)
71	Tratamiento del hipotiroidismo congénito
SERVICIOS QUIRURGICOS	
72	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de hernia inguinal
73	Planificación familiar con métodos definitivos: salpingoclasia
74	Atención del parto por cesárea y puerperio
75	Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones de aborto
76	Colecistectomía abierta
77	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del abdomen agudo quirúrgico
78	Cirugía de útero (histerectomía)

Anexo 2

LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL SEGURO POPULAR

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	GENERICO INTERCAMBIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
-----------------------------------	---------------------	------------------------------------	-----------------------------

1	Acarbosa	Tabletas de 50 mg, envase c/30		Miligramos
2	Acetaminofén solución oral	Frasco de 120 ml, 32 mg/ml		Miligramos
3	Acetaminofén gotas	100 mg/ml, frasco 15 ml		Miligramos
4	Acetaminofén tabletas	Tabletas 300 mg. Caja con 10		Miligramos
5		Tabletas 500 mg		Miligramos
6	Acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol	Ampolleta 25 mg		Ampolleta
7	Acido fólico, inyectable	Ampolletas		Ampolletas
8	Acido fólico, tabletas	Tabletas de 5 mg c/20	GI, HEMATOLOGIA	Tabletas
9	Albendazol susp.	20 mg/ml fco. 20 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
10	Albendazol, suspensión	Suspensión 20 mg fco. 20 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
11	Albendazol, tabletas	Caja con 2 tabletas de 200 mg. c/u	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
12	Ambroxol, comprimidos	Comprimidos de 30 mg, c/20	GI, NEUMOLOGIA	Miligramos
13	Ambroxol, solución oral	Frasco con 120 ml	GI, NEUMOLOGIA	Miligramos
14	Amitriptilina			Miligramos
15	Amoxicilina, suspensión	Suspensión 250 mg, envase con 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
16	Amoxicilina, tabletas	Tabletas 500 mg, caja c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
17	Amoxicilina/ Ac. Clavulanico 125/31.25 mg	Suspensión 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
18	Amoxicilina/ Ac. Clavulanico 250/62.5 mg	Suspensión 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
19	Ampicilina, cápsulas	Cápsulas de 250 mg. caja con 20	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
20	Ampicilina, inyectable	Ampolleta de 1 gr.	GI, ENF. INFECC.	Ampolleta
21	Ampicilina, suspensión 125 mg	Suspensión 125 mg, envase con 60 ml		Miligramos
22	Ampicilina, suspensión 250 mg	Suspensión 250 mg/5 ml, envase 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
23	Atropina			Ampula
24	Aztemizol	Tabletas 10 mg, c/10		Tableta
25	Beclometasona aerosol	Envase c/200 dosis	GI, NEUMOLOGIA	Disparos
26	Benzoato de bencilo	Emulsión dérmica 300 mg. con 120 ml		Envase
27	Betametasona, solución inyectable	Ampolleta 3 mg	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Ampolletas
28	Bicarbonato de sodio inyectable	Ampolleta 10 ml	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Ampolletas

29	Bromuro de ipatropio	Aerosol 10 ml (200 dosis)		Disparos
30	Butilioscina, inyectable	Solución inyectable 20 mg, c/3 amp. de 1 ml	GI, GASTROENTERO LOGIA	Ampolleta
31	Butilioscina, solución	15 ml, 6.67 mg		Mililitros
32	Butilioscina, tabletas	Caja de 20 tabletas de 10 mg c/u	GI, GASTROENTERO LOGIA	Miligramos
33	Captopril	Tabletas 25 mg, envase c/30	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
34	Carbamazepina, suspensión	Suspensión 120 ml		Miligramos
35	Carbamazepina, tabletas	Tabletas 200 mg	GI, NEUROLOGIA	Miligramos
36	Cefalexina	Tabletas 500 mg, caja c/20	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
37	Cefotaxima, 1 g	Ampolleta 1 g, 4 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
38	Cefotaxima, 500 mg	Ampolleta 500 mg, 2 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
39	Ceftriazona	Ampolleta de 0.5 g, en 5 ml	GI, ENF. INFECC.	Ampolletas
40	Cefuroxime	Tabletas 500 mg		Miligramos
41	Cimetidina	Tabletas 200 mg		Miligramos
42	Ciprofloxacina, tabletas	Tabletas 500 mg, caja c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
43	Citalopram			Miligramos
44	Claritomicina	Tabletas 250 mg		Miligramos
45	Clindamicina	Tabletas 300 mg, caja c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
46	Clioquinol	Envase 60 g	GI, DERMATOLOGIA	Envase
47	Clioquinol/hidro cortisona	Envase 20 g		Envase
48	Clomipramina			Miligramos
49	Cloranfenicol solución oftálmica	Frasco con 15 ml	GI, OFTALMOLOGIA	Mililitros
50	Clorfeniramina, jarabe	Jarabe 0.5 mg frasco 120 ml.	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Frasco
51	Clorfeniramina, tabletas	Tabletas de 4 mg. caja c/20	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Miligramos
52	Clorpropamida	Tabletas 250 mg, caja c/50		Miligramos
53	Cloroquina	Tabletas de 150 mg. caja c/1000		Miligramos
54	Clorotiácida	Tabletas 250 mg, caja c/20		Miligramos
55	Clorpormacina	Comprimidos 100 mg		Miligramos
56	Clortalidona	Tabletas 50 mg caja c/20	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
57	Cloruro de potasio	Ampolleta 100 mg, 5 ml	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Mililitros
58	Crema Cold-Cream	Envase 75 ml		Envase

59	Cromoglicato sódico	Aerosol, envase 16 g, 112 disparos		Disparos
60	Dapsona	Tabletas 100 mg c/1000		Miligramos
61	Desipramina			Miligramos
62	Desogestril y Etinilestradiol	Envase con 28 tabletas		Tableta
63	Diazepam	Ampolleta 10 mg, 2 ml, c/50		Ampolletas
64	Diclofenaco	Tabletas 75 mg	GI, REUMATOLOGIA	Miligramos
65	Dicloxacilina	Cápsulas de 250 mg c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
66	Difenidol	Tabletas de 25 mg caja c/30	GI, OTORRINOLARING.	Miligramos
67	Doxiciclina, tabletas	Cápsulas de 100 mg caja c/10	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
68	Electrolitos orales	Sobre 27.9 gr	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Sobres
69	Epinefrina subcutánea	Ampolleta de 1 ml		Ampolleta
70	Eritromicina, cápsulas	Cápsulas de 250 mg. caja c/20		Miligramos
71	Eritromicina, suspensión	Suspensión 125 mg envase 120 ml		Miligramos
72	Eritromicina/sulfisoxazol	Frasco de 150 ml, 200/600 mg c/5 ml		Miligramos
73	Estreptomina inyectable	1 gm. frasco ampola 2 ml.	GI, ENF. INFECC.	Ampolleta
74	Etambutol	Comprimidos 400 mg, caja c/50		Miligramos
75	Famotidina	Tabletas 10 mg, c/10		Miligramos
76	Fenitoína, suspensión	Suspensión oral 37.5 mg./ 5ml		Miligramos
77	Fenitoína, tabletas	Tabletas, caja c/50		Miligramos
78	Fenobarbital	Comprimidos 50 mg, c/30		Miligramos
79	Flumazenil	Ampolleta 5 ml		Ampolleta
80	Fluvoxamina			Miligramos
81	Fluoxetina		GI, PSIQUIATRIA	Miligramos
82	Fosfato de Clindamicina	Ampolleta de 300 mg, 2 ml		Ampolleta
83	Fumarato ferroso, suspensión	Suspensión oral 2.9 mg/100 ml, equiv. a 0.953 mg de Fe	GI, HEMATOLOGIA	Mililitros
84	Fumarato ferroso, tabletas	Tabletas 200 mg, c/50	GI, HEMATOLOGIA	Tabletas
85	Gentamicina, 20 mg	Solución inyectable 20 mg/2 ml	GI, ENF. INFECC.	Ampolletas
86	Gentamicina, 80 mg	Solución inyectable 80 mg/2 ml	GI, ENF. INFECC.	Ampolletas
87	Glibenclamida	Tabletas 5 mg, caja c/50	GI, ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
88	Glimepirida			Miligramos
89	Gluconato de calcio, solución al 10%	(Calcium amp 10X10 ml)		Mililitros

90	Imipramina			Miligramos
91	Indometacina	Cápsulas 25 mg, c/30	GI, REUMATOLOGIA	Miligramos
92	Inmunoglobulina humana antirrábica			Dosis
93	Inmunoglobulina humana antitetánica	Unidosis		Dosis
94	Insulina Humana	Fco. 10 ml. 100 u/ml	GI, ENDOCRINOLOGIA	Mililitros
95	Ipecacuana	Jarabe		Mililitros
96	Isoniacida	Tabletas 100 gr, envase c/200 tab.		Miligramos
97	Isoniazida y Rifampicina	Tabletas 200/150 mg, envase c/120 tab.		Tabletas
98	Isoniazida, Rifampicina y Pirazinamida	Tabletas o grageas 75 mg/150 mg/400 mg, c/240		Tabletas
99	Ketorolaco	Tabletas 10 mg, c/10		Miligramos
100	Ketorolaco, inyectable	Ampolleta 30 mg, c/3	GI, ANALGESIA	Ampolleta
101	Ketotifeno	Frasco con 120 ml	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Mililitros
102	Levonorgestrel y etilenoestradiol	Envase con 28 tabletas	GI, PLAN. FAMILIAR	Tableta
103	Levotiroxina	Tabletas de 0.025 mg, c/50		Tableta
104	Lidocaína al 2% con epinefrina	Frasco Amp. 1 g/0.25 g 50 ml		Frasco
105	Lidocaína al 2%, 50 ml	Frasco Amp. 1 gm/50 ml	GI, ANALGESIA	Fco. ámpula
106	Lidocaína al 5%	Sol. Inyectable 100 mg/2 ml, c/5 ámpulas		Fco. ámpula
107	Lindano shampoo	Shampoo de 1g/100 ml		Frasco
108	Loperamida	Tabletas 2 mg, c/12	GI, GASTROENTEROLOGIA	Miligramos
109	Loratadina	Tabletas 10 mg, c/20	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Miligramos
110	Maprotilina			Miligramos
111	Mebendazol, suspensión	Suspensión, 30 ml, 100 mg/5 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
112	Mebendazol, tabletas	Tabletas 100 mg, c/6	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
113	Metamizol, inyectable	Ampolleta de 1 gramo	GI, ANALGESIA	Ampolletas
114	Metamizol, tabletas	Tabletas 500 mg, c/10	GI, ANALGESIA	Miligramos
115	Metformina	Tabletas de 850 mg, envase c/30	GI, ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
116	Metilergometrina	Grageas de 0.125 mg, c/30		Miligramos
117	Metoprolol	Tabletas 100 mg envase c/20	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos

118	Metronidazol, inyectable	Ampolleta 200 mg, 2 X 10 ml	GI, ENF. INFECC.	Ampolletas
119	Metronidazol, óvulos	Ovulos o tabletas vaginales de 500 mg. caja c/10	GI, GINECO OBSTETRICIA	Ovulos
120	Metronidazol, suspensión	Suspensión 250 mg/5 ml. frasco c/120 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
121	Metronidazol, tabletas	Tabletas 250 mg, c/20		Miligramos
122		Tabletas 500 mg, c/30		Miligramos
123	Mianserina			Miligramos
124	Miconazol crema	Tubo 20 g, nitrato de miconazol 20 mg/g	GI, DERMATOLOGIA	Pieza
125	Morfina			Ampolletas
126	Moxifloxacin			Miligramos
127	Nalbufina, Sol. inyectable	Ampolletas 10 mg, 1 ml, caja c/5	GI, ANALGESIA	Ampolletas
128	Naproxeno tabletas	Tabletas (Flanax, 275 mg, c/20)	GI, REUMATOLOGIA	Miligramos
129	Nicardipino	Cápsulas 20 mg., envase con 60 cápsulas		Miligramos
130	Nifedipino	Tabletas 10 mg caja c/20	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
131	Nistatina, crema	Envase de 60 g		Envase
132	Nistatina, tabletas	Tabletas		Tabletas
133	Nistatina, tabletas vaginales	Tabletas vaginales		Tab. Vag.
134	Nitrofurantoína	Furadantina tabletas 100 mg c/40		Miligramos
135	Noretindrona y Etinilestradiol	Envase con 21 tabletas		Tableta
136	Noretisterona	Ampolleta 200 mg		Ampolleta
137	Norgestrel, progestágeno sintético y estradiol	Envase con 28 tabletas		Tableta
138	Omeprazol, cápsulas	Cápsulas 20 mg, c/7	GI, GASTROENTERO LOGIA	Miligramos
139	Omeprazol, inyectable	Ampolleta 40 mg, 10 ml	GI, GASTROENTERO LOGIA	Ampolletas
140	Oxido de zinc	(Pasta de lassar) tubo 30 g		Tubo
141	Oxitocina	Ampolletas	GI, GINECO OBSTETRICIA	Ampolleta
142	Paracetamol, tabletas	Tabletas 500 mg	GI, ANALGESIA	Miligramos
143	Penicilina G. Benzatínica	Ampolletas 1,200 000 U		Ampolletas
144	Penicilina G. Procaínica	Ampolletas 800 000 U		Ampolletas
145	Penicilina G-procaína	Ampolletas 400 000 U		Ampolletas
146	Penicilina sódica	Frasco ámpula 1 000 000 U		Fco. ámpula
147	Piperazina	Jarabe 100 ml, 250 mg/5 ml		Miligramos
148	Polivitaminas y minerales	Tabletas		Tabletas

149	Prednisona	Tabletas de 5 mg. caja c/20	GI, ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
150	Preservativos	Caja de 3 piezas		Pieza
151	Primaquina	Tabletas de 5 mg. caja c/20		Miligramos
152	Probenecida	Frasco con 10 tabletas de 500 mg.		Miligramos
153	Propranolol	Tabletas 40 mg envase c/20		Miligramos
154	Ranitidina, inyectable	Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5	GI, GASTROENTERO LOGIA	Ampolletas
155	Ranitidina, tabletas	Tabletas 150 mg, c/100	GI, GASTROENTERO LOGIA	Miligramos
156	Rifampicina	Cápsulas 300 mg, c/1000		Miligramos
157	Roziglitazona	Grageas 8 mg, c/14		Miligramos
158	Salbutamol aerosol	20 mg envase c/200 disparos	GI, NEUMOLOGIA	Disparos
159	Salbutamol jarabe	Jarabe 2 mg/5 ml, frasco 60 ml.	GI, NEUMOLOGIA	Mililitros
160	Salbutamol, Sol. para nebulizadores	Frasco 5 mg/10 ml		Miligramos
161	Sertralina			Miligramos
162	Sodio intravenoso	Cloruro de sodio al 9% envase c/500 ml.	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Mililitros
163	Subsalicilato de bismuto	PEPTO-BISMOL Susp. 120 ml, 17.5 g/ml		Miligramos
164	Sucralfato	Tabletas 20 mg, c/20		Miligramos
165	Suero Antialacrán	Frasco ampula 5 ml 1 dosis		Frasco
166	Suero antiofídico			Ampolleta
167	Suero Antiviperino frasco ampula 10 ml 1 dosis			Ampolleta
168	Sulfato ferroso	Tabletas de 200 mg, c/50	GI, HEMATOLOGIA	Miligramos
169	Sulfato magnesio	Ampolleta 10 ml, c/100		Mililitros
170	Talidomida	Tabletas 100 mg, caja c/50		Miligramos
171	Teofilina, jarabe	Frasco 160 ml		Mililitros
172	Teofilina, tabletas	Tabletas de 200 mg		Miligramos
173	Tetraciclina	Tabletas 500 mgr		Miligramos
174	Tolbutamida	Tabletas 500 mg, envase c/50	GI, ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
175	Toxoide tetánico	Frasco Ampula con 10 dosis		Dosis
176	Trimetoprim c/sulfametoxazol, susp.	Suspensión 120 ml, (40 mg/5 ml)	GI, ENF. INFECC.	Miligramos

177	Trimetoprim c/sulfametoxazol, tab.	Tabletas 80 mg. caja c/20	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
178	Vacuna antirrábica humana de células Diploides			Dosis
179	Vacuna BCG.	Ampolleta 10 dosis y solución salina como diluyente		Dosis
180	Vacuna DPT	Frasco Ampula con 10 dosis		Dosis
181	Vacuna influenza	Ampolleta con 5 ml, envase c/10		Dosis
182	Vacuna Neumocócica	Vial de 5 ml		Dosis
183	Vacuna pentavalente	Frasco ampula de DPT-HB 0.5 ml y frasco ampula con vacuna liofilizada (unidosis)		Pieza
184	Vacuna Sabin	Frasco gotero con 20 dosis		Dosis
185	Vacuna Td, tétanos y difteria	Frasco 5 ml, 10 dosis		Dosis
186	Vacuna Triple Viral SRP	Frasco de vacuna liofilizada unidosis		Dosis
187	Valproato	Tabletas 200 mg	GI, NEUROLOGIA	Miligramos
188	Vibramicina	Tabletas 100 mg		Miligramos
189	Vitamina A	Cápsulas 50,000 U, c/40		Gragea
190	Vitamina A, C y D solución oral frasco de 15 ml. c/gotero	Frasco de 25 dosis	GI, NUTRIOLOGIA	Dosis
191	Vitamina K	Ampolleta 2 mg, 0.2 ml, c/3		Ampolleta
	Total Suma de COSTO TOTAL			

ANEXO 3

DEFINICIONES

Programa Salud para Todos: Denominación adoptada en el artículo 63 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001 para identificar un programa de subsidio federal para brindar protección financiera en salud a la población no asegurada.

Seguro Popular de Salud: Esquema de aseguramiento público y voluntario que brinda protección financiera en materia de salud a las familias que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

Gasto de bolsillo: Pago directo que se realiza en el momento de requerir atención médica y que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias de bajos ingresos.

Gasto catastrófico en salud: Gasto que constituye más del 30 por ciento del ingreso anual disponible (ingreso total menos el gasto en alimentación) del hogar y que pone en riesgo de empobrecimiento a los hogares de menores ingresos.

Pago anticipado en salud: Pago por adelantado que se realiza para cubrir el costo de la atención en salud en caso de requerirla con el fin de proteger el ingreso de las familias y fomentar la atención oportuna y preventiva.

Cuotas de afiliación: Monto de recursos que aportarán las familias que se afilien al programa del seguro popular de salud.

Cultura del aseguramiento: Conocimiento de la población de que es mejor realizar pagos anticipados que pagos directos de bolsillo para evitar el riesgo de incurrir en gastos que pueden llegar a ser catastróficos.

Medicina preventiva: Intervenciones que fomentan conductas que mantienen la salud de las personas y que reducen el riesgo de padecer algún problema de salud.

Familia beneficiaria: Miembros de la familia nuclear que por su condición socioeconómica y laboral no sean derechohabientes de la seguridad social y elijan afiliarse al Seguro Popular de Salud.

Seguridad social: Instituciones públicas de salud y prestaciones sociales que cubren a los trabajadores del sector formal de la economía.

Población no asegurada: Personas que no son beneficiarias de alguna institución de seguridad social.

Población objetivo: Grupo de población que cumple con las condiciones necesarias para ser beneficiaria de algún programa público.

Población beneficiaria: Grupo de personas que recibe los beneficios que se incluyen en algún programa público.

Promotor de salud: Personal encargado de organizar y promover las actividades de registro y afiliación del Programa del Seguro Popular a la población objetivo.

OPD: Organismo Público Descentralizado. Figura en la que se incluyen todas las modalidades de prestación de Servicios Estatales de Salud.