

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Yucatán, para la ejecución del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), en la entidad.

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

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, A LA QUE EN LO SUCESIVO SE DENOMINARA "SSA", REPRESENTADA POR SU TITULAR, JULIO JOSE FRENK MORA, CON LA PARTICIPACION DEL SUBSECRETARIO DE INNOVACION Y CALIDAD, ENRIQUE RUELAS BARAJAS Y EL DIRECTOR GENERAL DE EQUITAD Y DESARROLLO EN SALUD, CARLOS SANTOS BURGOA ZARNECKI Y, POR LA OTRA PARTE, EL GOBIERNO DEL ESTADO DE YUCATAN, EN ADELANTE "EL GOBIERNO DEL ESTADO", REPRESENTADO POR SU GOBERNADOR CONSTITUCIONAL, PATRICIO JOSE PATRON LAVIADA, ASISTIDO POR EL SECRETARIO DE PLANEACION Y PRESUPUESTO, Y DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE YUCATAN, ALBERTO REYES CARRILLO Y JOSE ANTONIO PEREIRA CARCAÑO, RESPECTIVAMENTE, PARA LA EJECUCION EN LA ENTIDAD DEL PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA, EN LO SUCESIVO "PAC".

ANTECEDENTES:

El artículo 4o. constitucional en su párrafo tercero, contempla como una garantía social el derecho a la protección de la salud y dispone que 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.

Dentro de las acciones que en materia de salud contempla el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, se encuentra como primer eje de la política en salud aumentar el nivel de bienestar a través de un crecimiento económico sostenido y por ello habrán de continuarse e iniciarse programas y acciones específicos que transfieran recursos económicos y se canalicen para mejorar los servicios médicos y sanitarios. Como segundo eje de la política se establece la equidad en los programas y la igualdad de oportunidades y por ello los criterios que se seguirán para la asignación de los recursos públicos estarán orientados para estimular e impulsar la superación del nivel de vida de los grupos y personas más vulnerables; los niños, los indígenas, los ancianos, los discapacitados, y tomarán en cuenta las necesidades de otros sectores amplios, como las mujeres y los jóvenes, sin perder de vista los programas de cobertura general que deberán ser atendidos.

El Convenio de Desarrollo Social 2002, tiene por objeto que el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo Estatal coordinen sus acciones y programas para trabajar de manera corresponsable en la tarea de superar la pobreza y mejorar las condiciones sociales, económicas y políticas de la población marginada, mediante la instrumentación de políticas públicas que promuevan el desarrollo humano, familiar, comunitario y productivo, con equidad, seguridad y oportunidad.

Por acuerdo de las partes, el citado Convenio constituye la vía de coordinación entre las Administraciones Públicas Federal y Estatal, y prevé que la ejecución de programas y acciones y el ejercicio de recursos que se lleven a cabo coordinadamente en la entidad federativa, durante el presente ejercicio fiscal, se formalizarán a través de acuerdos o convenios de coordinación o anexos de ejecución y cuando participen los grupos sociales organizados, se suscribirán convenios de concertación.

La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), con oficio número 111.4.-2153, de fecha 24 de septiembre de 2002, dictaminó que el presente Acuerdo de Coordinación es congruente con el Convenio de Desarrollo Social, suscrito con el Estado de Yucatán y, en consecuencia, se integra a él para formar parte de su contexto.

Con el objetivo de reducir las desigualdades en el acceso y calidad de los servicios de salud en las regiones de mayor índice de marginación en el país, el Gobierno Federal a través de la "SSA" ha diseñado el "PAC", el cual es financiado con fondos federales y es implementado en 19 estados de la República Mexicana.

La Ley General de Salud en su artículo 18, establece como facultad de la "SSA", proponer la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas a fin de que éstos participen en la prestación de los servicios de salubridad general.

En el artículo 19 de la misma Ley, se establece que tanto la Federación como los gobiernos de las entidades federativas aportarán recursos materiales, humanos y financieros necesarios para la operación de los servicios de salubridad general.

En los términos de la citada disposición, la gestión de los recursos aportados por las partes debe quedar a cargo de la estructura administrativa que establezcan coordinadamente la Federación y "EL GOBIERNO DEL ESTADO". Para el caso concreto del "PAC", objeto del presente Acuerdo, ésta responsabilidad recaerá en la "SSA" a través de la Unidad Coordinadora del Programa, en lo sucesivo "UCP".

Expuesto lo anterior y con fundamento en lo dispuesto en los artículos 4 párrafo tercero y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 22, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 33, 34, 35, 36 y 44 de la Ley de Planeación; 1, 2, 4, 5 y 25 de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal; 1, 2, 3, 4, 5, 9, 28, 29, 34, 35, 45 y 46 de la Ley General de Salud; 1, 7, 8, 10, 17, 28 y 47 de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas; 1, 6, 7, 9, 18, 27 y 46 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; 36 y 46 de la Ley de Coordinación Fiscal; 5 y 6 fracción XXIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 63 y 64 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2002; Acuerdo de la Secretaría de Salud en el que da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Ampliación de Cobertura, publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 15 de marzo de 2001; 44, 55 y 57 de la Constitución Política del Estado de Yucatán; 1, 2, 6, 8, 11, 15 y 37 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Yucatán; 22 y 23 de la Ley de Salud del Estado de Yucatán; 9 del Presupuesto de Egresos del Estado de Yucatán para el ejercicio fiscal 2002; Decreto número 73 por el que se crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Yucatán, publicado en el Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán, el 13 de diciembre de 1996; las cláusulas primera, segunda, novena y las consideradas aplicables del capítulo de Estipulaciones Finales del Convenio de Desarrollo Social 2002 suscrito con el Estado de Yucatán, las partes suscriben el presente Acuerdo sujetándose a las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA. OBJETO.- LA "SSA" y "EL GOBIERNO DEL ESTADO", convienen conjuntar acciones y recursos para llevar a cabo la ejecución del "PAC" en el Estado de Yucatán, con los siguientes:

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

A) Mejorar la capacidad de atención de los servicios de salud a población abierta en la entidad, a través del otorgamiento de un paquete básico de servicios, integrado por intervenciones que además de ser costo-efectivas, darán respuesta a problemas locales en jurisdicciones y municipios de alta marginalidad principalmente;

B) Disminuir las desigualdades en el acceso de la población abierta a los servicios de salud, especialmente la de las comunidades más marginadas;

C) Coadyuvar al proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta, mediante el fortalecimiento de la participación de los estados, y

D) Apoyar la reestructuración y modernización de los servicios de salud en la entidad.

SEGUNDA. CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES LEGALES.- A efecto de dar cumplimiento a la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal, al Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2002, y para efectos de inversión del "PAC" en este año, las partes tomando en cuenta las metas alcanzadas en el ejercicio anterior, la determinación del financiamiento correspondiente y la disponibilidad presupuestal, están conformes en celebrar el presente Acuerdo de Coordinación, el cual no tendrá variación en su contenido conceptual, y una vez suscrito se integrará al Convenio de Desarrollo Social vigente en la entidad.

TERCERA. COSTO "PAC".- El costo del "PAC" para el 2002, se establece de común acuerdo por las partes y de conformidad con los criterios que se establecen en el Anexo Técnico que se integra al presente Acuerdo como Anexo 1.

Para el año 2002 el costo total de la inversión asciende a la cantidad de \$35'586,584.98 (treinta y cinco millones quinientos ochenta y seis mil quinientos ochenta y cuatro pesos 98/100 M.N.), el cual se financiará de la siguiente manera:

1.- EJECUTIVO FEDERAL:	\$ 31'586,584.98
2.- GOBIERNO DEL ESTADO:	\$ <u>4'000,000.00</u>
TOTAL	\$ 35'586,584.98

CUARTA. APORTACION FEDERAL.- Para el año 2002 el Ejecutivo Federal se compromete a aportar del ramo 12 para la ejecución del "PAC", la cantidad autorizada en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2002, que forma parte de la cláusula tercera y que se integra en los cuadros 1 y 3 del Anexo Técnico.

La aportación de estos recursos se efectuará con fondos fiscales del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año 2002.

Los recursos presupuestarios federales que se aportarán están sujetos a la disponibilidad presupuestal, conforme al Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2002, y de las autorizaciones jurídicas y de índole presupuestal que correspondan para ejercer dichos recursos.

QUINTA. APORTACION DEL "GOBIERNO DEL ESTADO".- "EL GOBIERNO DEL ESTADO", se compromete a aportar para la ejecución del "PAC", el 12.66% de la inversión que realice el Ejecutivo Federal (11.24% de la inversión total del "PAC"), que forma parte de la cláusula tercera del presente instrumento y que se integra en el Anexo Técnico. Aportación que se destinará para metas específicas de apoyo al programa de inversión. Las aportaciones de "EL GOBIERNO DEL ESTADO" se destinarán para la ejecución del "PAC" a través del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Yucatán, en lo sucesivo "EL ORGANISMO".

SEXTA. DE LA PLANEACION Y EVALUACION.- Las partes acuerdan que la planeación, evaluación y control del "PAC", se realizarán conforme al sistema de monitoreo y evaluación aprobado para la ejecución del "PAC", a través de la "UCP", informando de ello a las secretarías de Hacienda y Crédito Público, de Contraloría y Desarrollo Administrativo, de Desarrollo Social y a la "SSA", las cuales llevarán el control y seguimiento de las acciones y aplicación de los recursos objeto del presente Acuerdo, de conformidad con sus atribuciones.

SEPTIMA. REGLAS DE OPERACION ESPECIFICAS.- Las partes acuerdan que los servicios a ser otorgados, los indicadores que deberán utilizarse para la evaluación de las acciones, las metas a alcanzar y las estrategias de operación del "PAC", en cuanto a su organización y funcionamiento, se realizarán de acuerdo con lo establecido en las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación del "PAC", publicadas en el **Diario Oficial de la Federación** el 15 de marzo de 2001. Para efectos de evaluación y seguimiento de las metas del "PAC", "EL GOBIERNO DEL ESTADO" deberá enviar la información trimestral relativa a los indicadores de gestión e impacto, mismos que forman parte del presente Acuerdo como Anexo 2, así como remitir mensualmente la información relacionada con la aplicación de los recursos correspondientes a la aportación estatal señalada en los cuadros 1 y 2 del Anexo Técnico utilizando el formato que como Anexo 3, se agrega al presente.

OCTAVA. VIGILANCIA.- La Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, en el ámbito de su competencia, vigilará el correcto destino y aplicación de los recursos a que se refiere este instrumento, determinará y coordinará el programa de auditoría sobre las operaciones y proyectos del "PAC", con el auxilio de "EL GOBIERNO DEL ESTADO", a través de su órgano interno de control, a quien corresponderá precisamente el control, vigilancia y evaluación de los recursos, y de la Unidad de la Contraloría Interna de la "SSA". Asimismo, promoverá y apoyará la intervención de la Contraloría Social en dicha vigilancia.

NOVENA. VIGENCIA, MODIFICACIONES Y TERMINACION ANTICIPADA.- El presente Acuerdo tendrá vigencia acorde con el ejercicio presupuestal de 2002, pudiendo ser revisado, adicionado o modificado por las partes, de común acuerdo, y será publicado en el **Diario Oficial de la Federación** una vez formalizado.

Las partes acuerdan que el presente documento podrá darse por terminado de manera anticipada, en el caso de que el Ejecutivo Federal descentralice en favor de "EL GOBIERNO DEL ESTADO", los recursos que integran el "PAC".

DECIMA. RESPONSABILIDADES.- Las aportaciones federales otorgadas con motivo de la celebración del presente instrumento, no podrán ser destinadas a fines distintos a los expresamente previstos en el mismo. Las responsabilidades administrativas, civiles y penales que deriven de afectaciones a la Hacienda Pública Federal, en que incurran las autoridades locales, exclusivamente por motivo de la desviación de los recursos recibidos para fines distintos a los pactados en este Acuerdo, 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.

DECIMA PRIMERA. CONTROVERSIAS.- De cualquier controversia que pudiera surgir con motivo de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente Acuerdo, conocerá la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en observancia a lo establecido en el artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Las partes manifiestan su conformidad para que en caso de duda sobre la interpretación del presente Acuerdo de Coordinación, respecto a su instrumentación, formalización y sanciones se esté a lo previsto en el Convenio de Desarrollo Social, suscrito con el Estado de Yucatán.

DECIMA SEGUNDA. SUSPENSION DE APORTACION FEDERAL.- El Ejecutivo Federal podrá suspender los recursos federales transferidos al "EL GOBIERNO DEL ESTADO", cuando la SECODAM determine que los mismos se destinen a fines distintos a los aquí previstos, o por incumplimiento de las obligaciones contraídas, previa audiencia a "EL GOBIERNO DEL ESTADO".

DECIMA TERCERA. RECURSOS FEDERALES NO DEVENGADOS.- Las partes acuerdan que los saldos disponibles, que no se encuentren devengados al 31 de diciembre de 2002, se reintegrarán a la Tesorería de la Federación, en un plazo de 15 días naturales.

DECIMA CUARTA. DE LA APORTACION DE RECURSOS FEDERALES.- Los recursos que aporte el Gobierno Federal para el cumplimiento del presente instrumento, serán ejercidos por conducto del titular de "EL ORGANISMO".

Enteradas las partes del contenido y alcance de este instrumento, lo firman por cuadruplicado en la ciudad de Mérida, Yucatán, el día dos de diciembre de dos mil dos.- Por el Ejecutivo Federal: el Secretario de Salud, **Julio José Frenk Mora.-** Rúbrica.- El Subsecretario de Innovación y Calidad, **Enrique Ruelas Barajas.-** Rúbrica.- El Director General de Equidad y Desarrollo en Salud, **Carlos Santos Burgoa Zarnecki.-** Rúbrica.- Por el Gobierno del Estado de Yucatán: El Gobernador, **Patricio José Patrón Laviada.-** Rúbrica.-

El Secretario de Planeación y Presupuesto, **Alberto Reyes Carrillo.-** Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán, **José Antonio Pereira Carcaño.-** Rúbrica.

ANEXO 1

PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA "PAC"

ANEXO TECNICO DEL ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, A LA QUE EN LO SUCESIVO SE DENOMINARA "SSA", REPRESENTADA POR SU TITULAR, JULIO JOSE FRENK MORA, CON LA PARTICIPACION DEL SUBSECRETARIO DE INNOVACION Y CALIDAD, ENRIQUE RUELAS BARAJAS Y EL DIRECTOR GENERAL DE EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD, CARLOS SANTOS BURGOA ZARNECKI Y, POR LA OTRA PARTE, EL GOBIERNO DEL ESTADO DE YUCATAN, EN ADELANTE "EL GOBIERNO DEL ESTADO", REPRESENTADO POR SU GOBERNADOR CONSTITUCIONAL, PATRICIO JOSE PATRON LAVIADA, ASISTIDO POR LOS SECRETARIOS DE PLANEACION Y PRESUPUESTO, Y DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE YUCATAN, ALBERTO REYES CARRILLO Y JOSE ANTONIO PEREIRA CARCAÑO, RESPECTIVAMENTE, PARA LA EJECUCION EN LA ENTIDAD DEL PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA, EN LO SUCESIVO "PAC".

I. "EL GOBIERNO DEL ESTADO" SE COMPROMETE A:

- 1.- COOPERAR CON EL ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO SERVICIOS DE SALUD DE YUCATAN, EN LO SUCESIVO "EL ORGANISMO", EN LA IDENTIFICACION Y PREPARACION ANUAL DE PROPUESTAS (INCLUYENDO PRESUPUESTOS) DE SUBPROYECTOS DENTRO DEL "PAC", ASI COMO A LA PRESENTACION DE DICHAS PROPUESTAS A LA CONSIDERACION DE LA UNIDAD COORDINADORA DEL PROGRAMA, EN ADELANTE "UCP"; DESCRIBIENDO LAS ACCIONES QUE SE LLEVARAN A CABO Y LAS METAS QUE SE LOGRARAN, APLICANDO EL PROCESO DE PLANEACION, PROGRAMACION Y PRESUPUESTACION QUE ESTABLEZCA LA "SSA".
- 2.- ASISTIR A LA "UCP" EN LA SELECCION Y SUBSECUENTE PRESENTACION A LA "SSA" PARA APROBACION, DE PROPUESTAS (INCLUYENDO PRESUPUESTOS) DE SUBPROYECTOS DE ENTRE LAS PROPUESTAS A QUE SE HACE REFERENCIA EN EL NUMERAL 1 DE ESTE ANEXO TECNICO.

- 3.- ASISTIR A "EL ORGANISMO", EN LLEVAR A CABO LOS SUBPROYECTOS APROBADOS POR LA "SSA" DE ENTRE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS A LAS QUE SE HACE REFERENCIA EN EL NUMERAL 2 DE ESTE ANEXO TECNICO.
- 4.- PROMOVER LA ARTICULACION OPERATIVA DEL "PAC" CON OTROS PROGRAMAS, COMO EL PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES, EN LO SUCESIVO "OPORTUNIDADES", LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA Y, EN SU CASO, EL PROGRAMA DE APOYO A ZONAS INDIGENAS, EL PROGRAMA INTERSECTORIAL DE ATENCION A JORNALEROS AGRICOLAS Y EL PROGRAMA DE CIRUGIA EXTRAMUROS, DIRIGIDOS A ALCANZAR LA COBERTURA UNIVERSAL EN LA ENTIDAD.
- 5.- ASISTIR A "EL ORGANISMO" EN LA EVALUACION, MONITOREO Y LA SUPERVISION DE LA EJECUCION DE LOS SUBPROYECTOS APROBADOS POR LA "SSA". PARTICIPAR EN LAS REVISIONES ANUALES DEL "PAC", Y COOPERAR EN LA PREPARACION DE INFORMES ANUALES Y PLANES DE ACCION EN CONEXION CON DICHAS REVISIONES.
- 6.- APORTAR DE FORMA OPORTUNA LA CANTIDAD INDICADA COMO APORTACION ESTATAL EN LA CLAUSULA TERCERA DEL ACUERDO DE COORDINACION DEL CUAL FORMA PARTE ESTE ANEXO TECNICO, COMO SE SEÑALA EN LOS CUADROS 1 Y 2 QUE APARECEN AL FINAL DE ESTE ANEXO TECNICO.
- 7.- APOYAR AL GOBIERNO FEDERAL EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION Y EL MANTENIMIENTO DE LAS UNIDADES DE DESCENTRALIZACION, EN ADELANTE "UDE", DURANTE EL TIEMPO QUE SE REALICEN EN EL ESTADO LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACION Y MODERNIZACION ADMINISTRATIVA.
- 8.- PARTICIPAR EN FORMA COMPLEMENTARIA EN EL PAGO DE SERVICIOS BASICOS EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION.
- 9.- A TRAVES DE "EL ORGANISMO", LLEVAR A CABO LOS SUBPROYECTOS APROBADOS, CON LA DEBIDA DILIGENCIA Y EFICIENCIA Y DE CONFORMIDAD CON NORMAS APROPIADAS Y PRACTICAS AMBIENTALES DE SALUD, FINANCIERAS, TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS, ASI COMO DE CONFORMIDAD CON LAS REGLAS DE OPERACION ESPECIFICAS E INDICADORES DE GESTION Y EVALUACION DEL "PAC".
- 10.- PERMITIR QUE LA ADQUISICION DE BIENES, LA CONSTRUCCION DE OBRAS Y LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE CONSULTORIA CON RESPECTO A LA EJECUCION DE SUBPROYECTOS DENTRO DEL "PAC", SE LLEVEN A CABO SEGUN NORMAS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO, LA LEY DE OBRAS PUBLICAS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS MISMAS Y DEMAS DISPOSICIONES FEDERALES APLICABLES A LA MATERIA.
- 11.- APOYAR AL GOBIERNO FEDERAL EN CUANTO A LA EJECUCION DE PROGRAMAS DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA "SSA" Y A "EL ORGANISMO" PARA LOS MISMOS FINES.
- 12.- ASISTIR AL GOBIERNO FEDERAL EN LA EVALUACION, EL MONITOREO Y LA SUPERVISION DE LOS PROGRAMAS DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL A LOS QUE SE HACE REFERENCIA EN EL NUMERAL INMEDIATO ANTERIOR Y COOPERAR CON EL GOBIERNO FEDERAL EN LA PREPARACION DEL INFORME CORRESPONDIENTE.
- 13.- MANTENER REGISTROS, SEPARAR CUENTAS Y PERMITIR QUE SEAN LLEVADAS A CABO AUDITORIAS QUE DEN CERTEZA A LA FEDERACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS, LAS CUALES TENDRAN COMO PERIODICIDAD MINIMA UNA REVISION ANUAL.

II.- EL GOBIERNO FEDERAL, A TRAVES DE LA SECRETARIA DE SALUD SE COMPROMETE A:

- 1.- MANTENER Y OPERAR DURANTE EL DESARROLLO DEL PROYECTO UNA "UCP" QUE ASISTA Y APOYE A LA DIRECCION GENERAL DE EQUITAD Y DESARROLLO EN SALUD (COORDINADORA GENERAL), PARA QUE COORDINE, EJECUTE, SUPERVISE Y CONTROLE LA ADECUADA REALIZACION DEL "PAC", INTEGRADA POR UN DIRECTOR Y UN SUBDIRECTOR.
- 2.- MANTENER UNA "UDE" CON RESPECTO AL ESTADO, DURANTE TODA LA EJECUCION DE LOS PROGRAMAS DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL A LOS QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 7 DE LOS COMPROMISOS DE "EL GOBIERNO DEL ESTADO".

- 3.- APROBAR EL SUBPROYECTO ANUAL (INCLUYENDO PRESUPUESTOS) DE ACUERDO AL CRONOGRAMA, LOS PROCEDIMIENTOS Y LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LAS REGLAS DE OPERACION ESPECIFICAS E INDICADORES DE GESTION Y EVALUACION DEL "PAC" DE ENTRE LOS PRESENTADOS A LA "SSA", A LOS QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 2 DE ESTE ANEXO TECNICO.
- 4.- APOYAR A LA "UCP" EN LOS ASPECTOS TECNICOS QUE REQUIERA.
- 5.- APORTAR DE FORMA OPORTUNA, SUJETO A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL, LA CANTIDAD INDICADA COMO APORTACION FEDERAL EN LA CLAUSULA TERCERA DEL ACUERDO DE COORDINACION DEL CUAL FORMA PARTE ESTE ANEXO TECNICO, COMO SE SEÑALA EN LOS CUADROS 1 Y 3 QUE APARECEN AL FINAL DEL PRESENTE DOCUMENTO.
- 6.- APOYAR AL GOBIERNO ESTATAL PARA LOGRAR LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD, MEDIANTE ACCIONES NORMATIVAS Y DE GESTION EN OTROS PROGRAMAS, COMO EL COMPONENTE DE SALUD DE "OPORTUNIDADES", LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA Y, EN SU CASO, EL PROGRAMA INTERSECTORIAL DE ATENCION A JORNALEROS AGRICOLAS Y EL PROGRAMA DE CIRUGIA EXTRAMUROS.
- 7.- IMPULSAR LA OPERACION DESCENTRALIZADA DEL PROGRAMA DE CIRUGIA EXTRAMUROS, CON EL OBJETO DE REALIZAR INTERVENCIONES QUIRURGICAS SELECCIONADAS Y GRATUITAS ENTRE LA POBLACION SIN RECURSOS, CON ENFASIS EN AQUELLA RESIDENTE EN MUNICIPIOS DE ATENCION "PAC".
- 8.- COOPERAR CON EL ESTADO PARA ASEGURAR EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION AL QUE REFIERE EL NUMERAL 7 DE LOS COMPROMISOS DE "EL GOBIERNO DEL ESTADO".

ANEXO 2

PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA

INDICADORES DE SEGUIMIENTO E IMPACTO

Para efectos de la evaluación y el seguimiento de las metas del Programa de Ampliación de Cobertura, el Estado deberá de enviar trimestralmente los siguientes indicadores:

A) Indicadores de gestión del PAC

Núm. de pláticas de mejoramiento del medio
Promedio de asistentes por plática de mejoramiento del medio
Núm. de consultas de planificación familiar
Núm. de usuarias activas de planificación familiar
Porcentaje de usuarias menores de 20 años
Promedio de consultas/usuaria activa de planificación familiar
Núm. de consultas a embarazadas
Núm. de partos atendidos
Núm. de consultas de grado nutricional a menores de 5 años
Núm. de dosis de Sabin aplicadas
Núm. de dosis de DPT aplicadas
Núm. de dosis de toxoide tetánico aplicadas
Núm. de dosis de BCG aplicadas
Núm. de dosis de antisarampionosa aplicadas
Núm. de consultas por diarrea aguda
Promedio de sobres de hidratación oral repartidos/consulta
Núm. de tratamientos antiparasitarios otorgados
Núm. de consultas por infecciones respiratorias agudas
Núm. de casos de tuberculosis pulmonar en tratamiento

Núm. de detecciones de hipertensión arterial realizadas

Núm. de casos en control de hipertensión arterial

Núm. de detecciones de diabetes mellitus realizadas

Núm. de casos en control de diabetes mellitus

Núm. de detecciones de cáncer cervicouterino

Total de atenciones por lesiones

Total de sesiones de educación para la salud

B) Indicadores de impacto

Cobertura de servicios de salud (miles de personas)

Promedio de consultas/embarazada

Promedio de consultas de grado nutricional/niño menor de 5 años

Porcentaje de casos de niños menores de 5 años con desnutrición

Porcentaje de casos de infecciones respiratorias tratados con antibióticos

Porcentaje de tratamientos de tuberculosis pulmonar terminados

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer

Estos indicadores se tomaron del punto once del acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación de Programa de Ampliación de Cobertura, publicados en el **Diario Oficial de la Federación** de fecha 15 de marzo de 2001.

ANEXO 3
DIRECCION GENERAL DE EQUITAD Y DESARROLLO EN SALUD
PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA
SITUACION DE LA APORTACION ESTATAL 2002

ENTIDAD FEDERATIVA: YUCATAN**PERIODO DEL INFORME: ***

CONCEPT O DE GASTO	PRESUPUESTO					OBSERVACIONES
	AUTORIZAD O	LIBERAD O	EJERCID O	POR LIBERAR	POR EJERCER	

* Deberá de enviarse de manera mensual, de acuerdo a la calendarización del cuadro número 2.

CUADRO 1
SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE COORDINACION SECTORIAL
PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA
MONTO PARA EL AÑO 2002
YUCATAN
(PESOS)

CAPITULO DE GASTO	APORTACION FEDERAL	APORTACION ESTATAL *	TOTAL
1000 SERVICIOS PERSONALES	\$24,350,319.98		\$24,350,319.98
2000 MATERIALES Y SUMINISTROS	\$4,022,000.00	\$3,660,300.00	\$7,682,300.00
3000 SERVICIOS GENERALES	\$2,281,865.00	\$239,700.00	\$2,521,565.00
4000 AYUDAS, SUBSIDIOS Y TRANSFERENCIAS	\$932,400.00		\$932,400.00
5000 BIENES MUEBLES E INMUEBLES	\$0.00	\$100,000.00	\$100,000.00
6000 OBRA PUBLICA			\$0.00
TOTAL	\$31,586,584.98	\$4,000,000.00	\$35,586,584.98

ESTADO DE YUCATAN

[illegible]

CUADRO 3
PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA
PRESUPUESTO FEDERAL AUTORIZADO PARA EL AÑO 2002, CALENDARIZADO Y POR CONCEPTO DE GASTO
(pesos)
ESTADO DE YUCATAN

CONCEPTO DE GASTO	TOTAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1100	24,350,319.98	2,029,193.33	2,029,193.33	2,029,193.33	2,029,193.33	2,029,193.33	2,029,193.33	2,029,193.33	2,029,193.33	2,029,193.33	2,029,193.33	2,029,193.34	2,029,193.34
1300	0.00												
1400	0.00												
1500	0.00												
2100	284,800.00			63,840.00	63,840.00	63,840.00	93,280.00						
2200	0.00												
2300	62,400.00	5,627.00	4,278.00	4,661.00	4,661.00	4,661.00	4,661.00	7,078.00	5,973.00	5,200.00	5,200.00	5,200.00	5,200.00
2400	0.00												
2500	3,028,500.00			678,738.00	678,648.00	678,648.00	992,466.00						
2600	563,700.00	50,861.00	38,669.00	42,130.00	42,130.00	42,130.00	42,130.00	63,963.00	53,987.00	47,000.00	47,000.00	47,000.00	46,700.00
2700	82,600.00				37,020.00				45,580.00				
3100	250,425.00	22,626.00	17,202.00	18,741.00	18,741.00	18,741.00	18,741.00	28,456.00	24,016.00	20,908.00	20,908.00	20,908.00	20,437.00
3200	243,270.00	21,938.00	16,678.00	18,171.00	18,171.00	18,171.00	18,171.00	27,590.00	23,286.00	20,272.00	20,272.00	20,272.00	20,278.00
3300	0.00												
3400	256,200.00	23,158.00	17,607.00	19,183.00	19,183.00	19,183.00	19,183.00	29,122.00	24,581.00	21,400.00	21,400.00	21,400.00	20,800.00
3500	560,395.00			125,635.00			125,635.00		169,204.00		139,921.00		
3600	109,545.00			24,602.00	24,602.00	24,602.00	35,739.00						
3800	862,030.00	77,801.00	59,149.00	64,445.00	64,445.00	64,445.00	64,445.00	97,841.00	82,581.00	71,894.00	71,894.00	71,894.00	71,196.00
4100	932,400.00	106,212.00	42,665.00	67,396.00	67,396.00	67,396.00	67,396.00	101,570.00	101,569.00	77,700.00	77,700.00	77,700.00	77,700.00
5300	0.00												
TOTAL	31,586,584.98	2,337,416.33	2,225,441.33	3,156,735.33	3,068,030.33	3,031,010.33	3,511,040.33	2,384,813.33	2,559,970.33	2,293,567.33	2,433,488.33	2,293,567.34	2,291,504.34

ACUERDO de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Zacatecas, para la ejecución del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), en la entidad.

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

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, EN LO SUCESIVO LA SSA, REPRESENTADA POR SU TITULAR, JULIO JOSE FRENK MORA, CON LA PARTICIPACION DEL SUBSECRETARIO DE INNOVACION Y CALIDAD, ENRIQUE RUELAS BARAJAS Y EL DIRECTOR GENERAL DE EQUITAD Y DESARROLLO EN SALUD, CARLOS SANTOS BURGOA ZARNECKI; Y POR LA OTRA, EL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE ZACATECAS, EN ADELANTE EL GOBIERNO DEL ESTADO, REPRESENTADO POR SU GOBERNADOR CONSTITUCIONAL, RICARDO MONREAL AVILA, ASISTIDO POR LOS SECRETARIOS GENERAL DE GOBIERNO, DE PLANEACION Y DESARROLLO REGIONAL, DE FINANZAS, Y EL DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE ZACATECAS, ARTURO NAHLE GARCIA, PEDRO DE LEON MOJARRO, GUILLERMO HUIZAR CARRANZA Y GERARDO DE JESUS FELIX DOMINGUEZ, RESPECTIVAMENTE, PARA LA EJECUCION EN LA ENTIDAD DEL PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA, EN ADELANTE EL PAC.

ANTECEDENTES

El artículo 4o. constitucional en su párrafo tercero, contempla como una garantía social el derecho a la protección de la salud y dispone que 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.

Dentro de las acciones que en materia de salud contempla el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, se encuentra como primer eje de la política en salud aumentar el nivel de bienestar a través de un crecimiento económico sostenido y por ello habrán de continuarse e iniciarse programas y acciones específicos que transfieran recursos económicos y se canalicen para mejorar los servicios médicos y sanitarios. Como segundo eje de la política se establece la equidad en los programas y la igualdad de oportunidades y por ellos los criterios que se seguirán para la asignación de los recursos públicos estarán orientados para estimular e impulsar la superación del nivel de vida de los grupos y personas más vulnerables; los niños, los indígenas, los ancianos, los discapacitados, y tomarán en cuenta las necesidades de otros sectores amplios, como las mujeres y los jóvenes, sin perder de vista los programas de cobertura general que deberán ser atendidos.

El Convenio de Desarrollo Social 2002, tiene por objeto que el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo Estatal coordinen sus acciones y programas para trabajar de manera corresponsable en la tarea de superar la pobreza y mejorar las condiciones sociales, económicas y políticas de la población marginada, mediante la instrumentación de las políticas públicas que promuevan el desarrollo humano, familiar, comunitario y productivo, con equidad, seguridad y oportunidad.

Por acuerdo de las partes, el citado Convenio constituye la vía de coordinación entre las administraciones públicas Federal y Estatal, y prevé que la ejecución de programas y acciones y el ejercicio de recursos que se lleven a cabo coordinadamente en la entidad federativa, durante el presente ejercicio fiscal, se formalizarán a través de acuerdos o convenios de coordinación o anexos de ejecución y cuando participen los grupos sociales organizados, se suscribirán convenios de concertación.

La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) con oficio número 111.4-2153 del 24 de septiembre de 2002, dictaminó que el presente Acuerdo de Coordinación es congruente con el Convenio de Desarrollo Social suscrito con el Estado de Zacatecas y, en consecuencia, se integra a él para formar parte de su contexto.

Con el objetivo de reducir las desigualdades en el acceso y calidad de los servicios de salud en las regiones de mayor índice de marginación en el país, el Gobierno Federal a través de la SSA, ha diseñado el PAC, el cual es financiado con fondos federales, y es implementado en 19 estados de la República Mexicana.

La Ley General de Salud en su artículo 18, establece como facultad de la SSA, proponer la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas a fin de que éstos participen en la prestación de los servicios de salubridad general.

En el artículo 19 de la misma Ley, se establece que tanto la Federación como los gobiernos de las entidades federativas aportarán recursos materiales, humanos y financieros necesarios para la operación de los servicios de salubridad general.

En los términos de la citada disposición, la gestión de los recursos aportados por las partes debe quedar a cargo de la estructura administrativa que establezcan coordinadamente la Federación y El GOBIERNO DEL

ESTADO. Para el caso concreto del PAC, objeto del presente Acuerdo, esta responsabilidad recaerá en la SSA, a través de la Unidad Coordinadora del Programa, en lo sucesivo (UCP).

Expuesto lo anterior y con fundamento en lo dispuesto en los artículos 4 párrafo tercero y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 22, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 33, 34, 35, 36 y 44 de la Ley de Planeación; 1, 2, 3, 4, 5, 9, 28, 29, 34, 35, 45 y 46 de la Ley General de Salud; 1, 2, 4, 5 y 25 de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal; 1, 7, 8, 10, 17, 28 y 47 de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas; 1, 6, 7, 9, 18, 27 y 46 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; 36 y 46 de la Ley de Coordinación Fiscal; 5 y 6 fracción XXIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 63 y 64 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2002; Acuerdo de la Secretaría de Salud en el que da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Ampliación de Cobertura, publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 15 de marzo de 2001; 59 fracciones IV y XXV y 62 de la Constitución Política del Estado de Zacatecas; 1, 2, 3, 4, 6 y 17 de la Ley de Salud del Estado de Zacatecas; 3, 11, 13 y 18 del Decreto de Presupuesto de Egresos para el Ejercicio Fiscal del año 2002 para el Estado de Zacatecas; 1, 11 fracciones I, XII y XVI del Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Zacatecas; y las cláusulas primera, segunda y novena y las aplicables del Capítulo de Estipulaciones Finales del Convenio de Desarrollo Social 2002 celebrado con el Estado de Zacatecas, las partes suscriben el presente Acuerdo sujetándose a las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA. OBJETO.- La SSA y EL GOBIERNO DEL ESTADO, convienen conjuntar acciones y recursos para llevar a cabo la ejecución del PAC en el Estado de Zacatecas, con los siguientes:

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

A) Mejorar la capacidad de atención de los servicios de salud a población abierta en la Entidad, a través del otorgamiento de un paquete básico de servicios, integrado por intervenciones que además de ser costo-efectivas, darán respuesta a problemas locales, en jurisdicciones y municipios de alta marginalidad principalmente;

B) Disminuir las desigualdades en el acceso de la población abierta a los servicios de salud, especialmente la de las comunidades, más marginadas;

C) Coadyuvar al proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta, mediante el fortalecimiento de la participación de los estados, y

D) Apoyar la reestructuración y modernización de los servicios de salud en la Entidad.

SEGUNDA. CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES LEGALES.- A efecto de dar cumplimiento a la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal, al Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2002, y para efectos de inversión del PAC en este año, las partes tomando en cuenta las metas alcanzadas en el ejercicio anterior, la determinación del financiamiento correspondiente y la disponibilidad presupuestal, están conformes en celebrar el presente Acuerdo de Coordinación, el cual no tendrá variación en su contenido conceptual, y una vez suscrito se integrará al Convenio de Desarrollo Social vigente en la Entidad.

TERCERA. COSTO PAC.- El costo del PAC para el 2002, se establece de común acuerdo por las partes y de conformidad con los criterios que se establecen en el Anexo Técnico que se integra al presente Acuerdo como Anexo 1.

Para el año 2002 el costo total de la inversión asciende a la cantidad de \$38'338.388.66 (treinta y ocho millones trescientos treinta y ocho mil trescientos ochenta y ocho pesos 66/100 M.N.), el cual se financiará de la siguiente manera:

1.- EJECUTIVO FEDERAL:	\$ 27'196.388.66
2.- EL GOBIERNO DEL ESTADO:	<u>\$ 11'142.000.00</u>
TOTAL	\$ 38,338.388.66

CUARTA. APORTACION FEDERAL.- Para el año 2002 el Ejecutivo Federal se compromete a aportar del ramo 12 para la ejecución del PAC, la cantidad autorizada en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2002, que forma parte de la cláusula tercera y que se integra en los cuadros 1 y 3 del Anexo Técnico.

Los recursos presupuestarios federales que se aportarán están sujetos a la disponibilidad presupuestal, conforme al Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2002, y de las autorizaciones jurídicas y de índole presupuestal que correspondan para ejercer dichos recursos.

QUINTA. APORTACION DE EL GOBIERNO DEL ESTADO.- EL GOBIERNO DEL ESTADO, se compromete a aportar para la ejecución del PAC, el 40.97% de la inversión que realice el Ejecutivo Federal (29.06% de la inversión total del PAC), que forma parte de la cláusula tercera del presente instrumento y que se integra en el Anexo Técnico. Aportación que se destinará para metas específicas de apoyo al programa de inversión. Las aportaciones DE EL GOBIERNO DEL ESTADO se destinarán para la ejecución del PAC a través de los Servicios de Salud de Zacatecas, en lo sucesivo el ORGANISMO.

SEXTA. DE LA PLANEACION Y EVALUACION.- Las partes acuerdan que la planeación, evaluación y control del PAC, se realizarán conforme al sistema de monitoreo y evaluación aprobado para la ejecución del PAC, a través de la UCP, informando de ello a las secretarías de Hacienda y Crédito Público, de Contraloría y Desarrollo Administrativo, de Desarrollo Social y a la SSA, las cuales llevarán el control y seguimiento de las acciones y aplicación de los recursos objeto del presente Acuerdo, de conformidad con sus atribuciones.

SEPTIMA. REGLAS DE OPERACION ESPECIFICAS.- Las partes acuerdan que los servicios a ser otorgados, los indicadores que deberán utilizarse para la evaluación de las acciones, las metas a alcanzar y las estrategias de operación del PAC, en cuanto a su organización y funcionamiento, se realizarán de acuerdo con lo establecido en las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación del PAC, publicadas en el **Diario Oficial de la Federación** el 15 de marzo de 2001. Para efectos de evaluación y seguimiento de las metas del PAC, EL GOBIERNO DEL ESTADO deberá enviar la información trimestral relativa a los indicadores de gestión e impacto, mismos que forman parte del presente Acuerdo como Anexo 2, así como remitir mensualmente la información relacionada con la aplicación de los recursos correspondientes a la aportación estatal señalada en los cuadros 1 y 2 del Anexo Técnico utilizando el formato que como Anexo 3, se agrega al presente.

OCTAVA. VIGILANCIA.- La Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo en el ámbito de su competencia, vigilará el correcto destino y aplicación de los recursos a que se refiere este instrumento, determinará y coordinará el programa de auditoría sobre las operaciones y proyectos del PAC, con el auxilio de EL GOBIERNO DEL ESTADO, a través de su órgano interno de control, a quien corresponderá precisamente el control, vigilancia y evaluación de los recursos, y de la Unidad de la Contraloría Interna de la SSA. Asimismo promoverá y apoyará la intervención de la Contraloría Social en dicha vigilancia.

NOVENA. VIGENCIA, MODIFICACIONES Y TERMINACION ANTICIPADA.- El presente Acuerdo tendrá vigencia acorde con el ejercicio presupuestal de 2002, pudiendo ser revisado, adicionado o modificado por las partes, de común acuerdo, y será publicado en el **Diario Oficial de la Federación** una vez formalizado.

Las partes acuerdan que el presente documento podrá darse por terminado de manera anticipada, en el caso de que el Ejecutivo Federal descentralice en favor de EL GOBIERNO DEL ESTADO, los recursos que integran el PAC.

DECIMA. RESPONSABILIDADES.- Las aportaciones federales otorgadas con motivo de la celebración del presente instrumento, no podrán ser destinadas a fines distintos a los expresamente previstos en el mismo. Las responsabilidades administrativas, civiles y penales que deriven de afectaciones a la Hacienda Pública Federal, en que incurran las autoridades locales, exclusivamente por motivo de la desviación de los recursos recibidos para fines distintos a los pactados en este Acuerdo, 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.

DECIMA PRIMERA. CONTROVERSIAS.- De cualquier controversia que pudiera surgir con motivo de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente Acuerdo, conocerá la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en observancia a lo establecido en el artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Las partes manifiestan su conformidad para que en caso de duda sobre la interpretación del presente Acuerdo de Coordinación, respecto a su instrumentación, formalización y sanciones se esté a lo previsto en el Convenio de Desarrollo Social, suscrito con el Estado de Zacatecas.

DECIMA SEGUNDA. SUSPENSION DE APORTACION FEDERAL.- EL Ejecutivo Federal podrá suspender los recursos federales transferidos a EL GOBIERNO DEL ESTADO, cuando la SECODAM determine que los mismos se destinan a fines distintos a los aquí previstos, o por incumplimiento de las obligaciones contraídas, previa audiencia al GOBIERNO DEL ESTADO.

DECIMA TERCERA. RECURSOS FEDERALES NO DEVENGADOS.- Las partes acuerdan que los saldos disponibles, que no se encuentren devengados al 31 de diciembre, se reintegrarán a la Tesorería de la Federación en un plazo de 15 días naturales.

DECIMA CUARTA. DE LA APORTACION DE RECURSOS FEDERALES.- Los recursos que aporte el Gobierno Federal para el cumplimiento del presente instrumento, serán ejercidos por conducto del titular del ORGANISMO.

Enteradas las partes del contenido y alcance de este instrumento, lo firman por cuadruplicado en la ciudad de Zacatecas, Zacatecas, el día dos de diciembre de dos mil dos.- Por el Ejecutivo Federal: el Secretario de Salud, **Julio José Frenk Mora.-** Rúbrica.- El Subsecretario de Innovación y Calidad, **Enrique Ruelas Barajas.-** Rúbrica.- El Director General de Equidad y Desarrollo en Salud, **Carlos Santos Burgoa Zarnecki.-** Rúbrica.- Por el Gobierno del Estado Libre y Soberano de Zacatecas: el Gobernador, **Ricardo Monreal Avila.-** Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Arturo Nahle García.-** Rúbrica.- El Secretario de Planeación y Desarrollo Regional, **Pedro de León Mojarro.-** Rúbrica.- El Secretario de Finanzas, **Guillermo Huízar Carranza.-** Rúbrica.- El Director General de los Servicios de Salud, **Gerardo de Jesús Félix Domínguez.-** Rúbrica.

ANEXO 1

PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA

(PAC)

ANEXO TECNICO

DEL ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, EN LO SUCESIVO LA SSA, REPRESENTADA POR SU TITULAR, JULIO JOSE FRENK MORA, CON LA PARTICIPACION DEL SUBSECRETARIO DE INNOVACION Y CALIDAD, ENRIQUE RUELAS BARAJAS Y EL DIRECTOR GENERAL DE EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD, CARLOS SANTOS BURGOA ZARNECKI; Y POR LA OTRA, EL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE ZACATECAS, EN ADELANTE EL GOBIERNO DEL ESTADO, REPRESENTADO POR SU GOBERNADOR CONSTITUCIONAL, RICARDO MONREAL AVILA, ASISTIDO POR LOS SECRETARIOS GENERAL DE GOBIERNO, DE PLANEACION Y DESARROLLO REGIONAL, DE FINANZAS, Y EL DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE ZACATECAS, ARTURO NAHLE GARCIA, PEDRO DE LEON MOJARRO, GUILLERMO HUIZAR CARRANZA Y GERARDO DE JESUS FELIX DOMINGUEZ, RESPECTIVAMENTE, PARA LA EJECUCION EN LA ENTIDAD DEL PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA, EN ADELANTE EL PAC.

I. EL GOBIERNO DEL ESTADO SE COMPROMETE A:

- 1.- COOPERAR CON EL ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO SERVICIOS DE SALUD DE ZACATECAS, EN LO SUCESIVO EL ORGANISMO, EN LA IDENTIFICACION Y PREPARACION ANUAL DE PROPUESTAS (INCLUYENDO PRESUPUESTOS) DE SUBPROYECTOS DENTRO DEL PAC, ASI COMO A LA PRESENTACION DE DICHAS PROPUESTAS A LA CONSIDERACION DE LA UNIDAD COORDINADORA DEL PROGRAMA, EN ADELANTE UCP; DESCRIBIENDO LAS ACCIONES QUE SE LLEVARAN A CABO, LAS METAS QUE SE LOGRARAN, APLICANDO EL PROCESO DE PLANEACION, PROGRAMACION Y PRESUPUESTACION QUE ESTABLEZCA LA SSA.
- 2.- ASISTIR A LA UCP EN LA SELECCION Y SUBSECUENTE PRESENTACION A LA SSA PARA APROBACION, DE PROPUESTAS (INCLUYENDO PRESUPUESTOS) DE SUBPROYECTOS DE ENTRE LAS PROPUESTAS A QUE SE HACE REFERENCIA EN EL NUMERAL 1 DE ESTE ANEXO TECNICO.
- 3.- ASISTIR A EL ORGANISMO, EN LLEVAR A CABO LOS SUBPROYECTOS APROBADOS POR LA SSA DE ENTRE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS A LAS QUE SE HACE REFERENCIA EN EL NUMERAL 2 DE ESTE ANEXO TECNICO.
- 4.- PROMOVER LA ARTICULACION OPERATIVA DEL PAC CON OTROS PROGRAMAS, COMO EL PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES, EN LO SUCESIVO OPORTUNIDADES, LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA Y, EN SU CASO, EL PROGRAMA DE APOYO A ZONAS INDIGENAS, EL PROGRAMA INTERSECTORIAL DE ATENCION A JORNALEROS AGRICOLAS Y EL PROGRAMA DE CIRUGIA EXTRAMUROS, DIRIGIDOS A ALCANZAR LA COBERTURA UNIVERSAL EN LA ENTIDAD.
- 5.- ASISTIR A EL ORGANISMO, EN LA EVALUACION, MONITOREO Y LA SUPERVISION DE LA EJECUCION DE LOS SUBPROYECTOS APROBADOS POR LA SSA.

- 6.- APORTAR DE FORMA OPORTUNA LA CANTIDAD INDICADA COMO APORTACION ESTATAL, EN LA CLAUSULA TERCERA DEL ACUERDO DEL QUE EL PRESENTE ANEXO FORMA PARTE, COMO SE SEÑALA EN LOS CUADROS 1 Y 2 QUE APARECEN AL FINAL DE ESTE ANEXO TECNICO.
- 7.- APOYAR AL GOBIERNO FEDERAL EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION Y EL MANTENIMIENTO DE LAS UNIDADES DE DESCENTRALIZACION, EN ADELANTE UDE, DURANTE EL TIEMPO QUE SE REALICEN EN EL ESTADO LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACION Y MODERNIZACION ADMINISTRATIVA.
- 8.- PARTICIPAR EN FORMA COMPLEMENTARIA EN EL PAGO DE SERVICIOS BASICOS EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION.
- 9.- A TRAVES DEL ORGANISMO LLEVAR A CABO, LOS SUBPROYECTOS APROBADOS, CON LA DEBIDA DILIGENCIA Y EFICIENCIA Y DE CONFORMIDAD CON NORMAS APROPIADAS Y PRACTICAS AMBIENTALES DE SALUD, FINANCIERAS, TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS, ASI COMO DE CONFORMIDAD CON LAS REGLAS DE OPERACION ESPECIFICAS E INDICADORES DE GESTION Y EVALUACION DEL PAC.
- 10.- PERMITIR QUE LA ADQUISICION DE BIENES, LA CONSTRUCCION DE OBRAS Y LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE CONSULTORIA, CON RESPECTO A LA EJECUCION DE SUBPROYECTOS DENTRO DEL PAC, SE LLEVEN A CABO SEGUN NORMAS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO, LA LEY DE OBRAS PUBLICAS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS MISMAS Y DEMAS DISPOSICIONES FEDERALES APLICABLES A LA MATERIA.
- 11.- APOYAR AL GOBIERNO FEDERAL EN CUANTO A LA EJECUCION DE PROGRAMAS DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA SSA Y A EL ORGANISMO PARA LOS MISMOS FINES.
- 12.- ASISTIR AL GOBIERNO FEDERAL EN LA EVALUACION, EL MONITOREO Y LA SUPERVISION DE LOS PROGRAMAS DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL A LOS QUE SE HACE REFERENCIA EN EL NUMERAL INMEDIATO ANTERIOR.
- 13.- MANTENER REGISTROS, SEPARAR CUENTAS Y PERMITIR QUE SEAN LLEVADAS A CABO AUDITORIAS QUE DEN CERTEZA A LA FEDERACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS, LAS CUALES TENDRAN COMO PERIODICIDAD MINIMA UNA REVISION ANUAL.

II. EL GOBIERNO FEDERAL, A TRAVES DE LA SECRETARIA DE SALUD SE COMPROMETE A:

- 1.- MANTENER Y OPERAR DURANTE EL DESARROLLO DEL PROYECTO UNA UCP, QUE ASISTA Y APOYE A LA DIRECCION GENERAL DE EQUITAD Y DESARROLLO EN SALUD (COORDINADORA GENERAL), PARA QUE COORDINE, EJECUTE, SUPERVISE Y CONTROLE LA ADECUADA REALIZACION DEL PAC, INTEGRADA POR UN DIRECTOR Y UN SUBDIRECTOR.
- 2.- MANTENER UNA UDE CON RESPECTO AL ESTADO, DURANTE TODA LA EJECUCION DE LOS PROGRAMAS DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL A LOS QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 7, DE LOS COMPROMISOS DE EL GOBIERNO DEL ESTADO.
- 3.- APROBAR EL SUBPROYECTO ANUAL (INCLUYENDO PRESUPUESTOS) DE ACUERDO AL CRONOGRAMA, LOS PROCEDIMIENTOS Y LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LAS REGLAS DE OPERACION ESPECIFICAS E INDICADORES DE GESTION Y EVALUACION DEL PAC DE ENTRE LOS PRESENTADOS A LA SSA, A LOS QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 2 DE ESTE ANEXO TECNICO.
- 4.- APORTAR DE FORMA OPORTUNA, SUJETO A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL, LA CANTIDAD INDICADA COMO APORTACION FEDERAL EN LA CLAUSULA TERCERA DEL ACUERDO DEL QUE ESTE ANEXO FORMA PARTE INTEGRAL, COMO SE SEÑALA EN LOS CUADROS 1 Y 3 QUE APARECEN AL FINAL DEL PRESENTE DOCUMENTO.
- 5.- APOYAR AL GOBIERNO ESTATAL PARA LOGRAR LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD, MEDIANTE ACCIONES NORMATIVAS Y DE GESTION EN OTROS PROGRAMAS, COMO EL COMPONENTE DE SALUD DEL OPORTUNIDADES, LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA Y, EN SU CASO, EL PROGRAMA INTERSECTORIAL DE ATENCION A JORNALEROS AGRICOLAS Y EL PROGRAMA DE CIRUGIA EXTRAMUROS.
- 6.- IMPULSAR LA OPERACION DESCENTRALIZADA DEL PROGRAMA DE CIRUGIA EXTRAMUROS, CON EL OBJETO DE REALIZAR INTERVENCIONES QUIRURGICAS SELECCIONADAS Y GRATUITAS ENTRE

LA POBLACION SIN RECURSOS, CON ENFASIS EN AQUELLA RESIDENTE EN MUNICIPIOS DE ATENCION PAC.

- 7.- COOPERAR CON EL ESTADO PARA ASEGURAR EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION AL QUE REFIERE EL NUMERAL 7 DE LOS COMPROMISOS DE EL GOBIERNO DEL ESTADO.

ANEXO 2

PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA

INDICADORES DE SEGUIMIENTO E IMPACTO

Para efectos de la evaluación y el seguimiento de las metas del Programa de Ampliación de Cobertura, el estado deberá de enviar trimestralmente los siguientes indicadores:

A) Indicadores de gestión del PAC

Núm. de pláticas de mejoramiento del medio
Promedio de asistentes por plática de mejoramiento del medio
Núm. de consultas de planificación familiar
Núm. de usuarias activas de planificación familiar
Porcentaje de usuarias menores de 20 años
Promedio de consultas/usuario activa de planificación familiar
Núm. de consultas a embarazadas
Núm. de partos atendidos
Núm. de consultas de grado nutricional a menores de 5 años
Núm. de dosis de Sabin aplicadas
Núm. de dosis de DPT aplicadas
Núm. de dosis de toxoide tetánico aplicadas
Núm. de dosis de BCG aplicadas
Núm. de dosis de antisarampionosa aplicadas
Núm. de consultas por diarrea aguda
Promedio de sobres de hidratación oral repartidos/consulta
Núm. de tratamientos antiparasitarios otorgados
Núm. de consultas por infecciones respiratorias agudas
Núm. de casos de tuberculosis pulmonar en tratamiento
Núm. de detecciones de hipertensión arterial realizadas
Núm. de casos en control de hipertensión arterial
Núm. de detecciones de diabetes mellitus realizadas
Núm. de casos en control de diabetes mellitus
Núm. de detecciones de cáncer cervicouterino
Total de atenciones por lesiones
Total de sesiones de educación para la salud

B) Indicadores de impacto

Cobertura de servicios de salud (miles de personas)
Promedio de consultas/embarazada
Promedio de consultas de grado nutricional/niño menor de 5 años
Porcentaje de casos de niños menores de 5 años con desnutrición
Porcentaje de casos de infecciones respiratorias tratados con antibióticos
Porcentaje de tratamientos de tuberculosis pulmonar terminados

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer

Estos indicadores se tomaron del punto once del Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación Programa de Ampliación de Cobertura, publicados en el **Diario Oficial de la Federación** de fecha 15 de marzo de 2001.

SITUACION DE LA APORTACION ESTATAL 2002

PERIODO DEL INFORME: *[illegible]

TOTAL	11,142,000.00	11,142,000.00	11,142,000.00	0.00	0.00	

* Deberá de enviarse de manera mensual, de acuerdo a la calendarización del cuadro No. 2

CUADRO 1
SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE COORDINACION SECTORIAL
PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA
MONTO PARA EL AÑO 2002
ZACATECAS
(PESOS)

CAPITULO DE GASTO	APORTACION FEDERAL	APORTACION ESTATAL *	TOTAL
1000 SERVICIOS PERSONALES	\$18,186,888.66	\$1,681,122.98	\$19,868,011.64
2000 MATERIALES Y SUMINISTROS	\$5,215,700.00	\$3,088,388.88	\$8,304,088.88
3000 SERVICIOS GENERALES	\$2,958,000.00	\$102,510.68	\$3,060,510.68
4000 AYUDAS, SUBSIDIOS Y TRANSFERENCIAS	\$835,800.00	\$1,200,750.00	\$2, 036,550.00
5000 BIENES MUEBLES E INMUEBLES	\$0.00	\$2,125,816.93	\$2,125,816.93
6000 OBRA PUBLICA		\$2,943,410.53	\$2,943,410.53
TOTAL	\$27,196,388.66	\$11,142,000.00	\$38,338,388.66

[illegible]

CUADRO 3
PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA
PRESUPUESTO FEDERAL AUTORIZADO PARA EL AÑO 2002, CALENDARIZADO Y POR CONCEPTO DE GASTO
(pesos)
ESTADO DE ZACATECAS

CONCEPTO DE GASTO	TOTAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1100	18,186,888.66	1,515,574.06	1,515,574.06	1,515,574.06	1,515,574.06	1,515,574.06	1,515,574.06	1,515,574.05	1,515,574.05	1,515,574.05	1,515,574.05	1,515,574.05	1,515,574.05
1300	0.00												
1400	0.00												
1500	0.00												
2100	309,000.00			69,290.00	69,290.00	69,290.00	101,130.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2200	0.00												
2300	863,000.00	77,807.00	59,155.00	64,450.00	64,450.00	64,450.00	64,450.00	97,850.00	82,588.00	71,900.00	71,900.00	71,900.00	72,100.00
2400	0.00												
2500	3,191,200.00			715,221.00	715,221.00	715,041.00	1,045,717.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2600	852,500.00	76,942.00	58,496.00	63,733.00	63,733.00	63,733.00	63,733.00	96,761.00	81,669.00	71,100.00	71,100.00	71,100.00	70,400.00
2700	0.00												
3100	0.00												
3200	0.00												
3300	0.00												
3400	326,000.00	29,435.00	22,378.00	24,382.00	24,382.00	24,382.00	24,382.00	37,016.00	31,243.00	27,200.00	27,200.00	27,200.00	26,800.00
3500	455,000.00			102,008.00			102,008.00		137,384.00	0.00	113,600.00	0.00	0.00
3600	0.00			0.00									
3800	2,177,000.00	196,412.00	149,326.00	162,693.00	162,693.00	162,693.00	162,693.00	247,009.00	208,481.00	181,500.00	181,500.00	181,500.00	180,500.00
4100	835,800.00	95,208.00	38,332.00	60,457.00	60,457.00	60,457.00	60,457.00	91,116.00	91,116.00	69,700.00	69,700.00	69,700.00	69,100.00
5300	0.00												
TOTAL	27,196,388.66	1,991,378.06	1,843,261.06	2,777,808.06	2,675,800.06	2,675,620.06	3,140,144.06	2,085,326.05	2,148,055.05	1,936,974.05	2,050,574.05	1,936,974.05	1,934,474.05

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-040-SSA2-2003, En materia de información en salud.

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

PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-040-SSA2-2003, EN MATERIA DE INFORMACION EN SALUD.

ROBERTO TAPIA CONYER, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción X, 7o. fracciones V y X, 13 apartado A fracción I, 104, 105, 106, 107, 108, 109 y 140 de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracción XI, 41 y 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1o., 3o. fracción I, 7o. fracción VII, 38, 39, 40, 41, 42, 43 y 45 de la Ley de Información Estadística y Geográfica; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y 8 fracciones V y XVI, 10 fracciones VII y XVI, y 45 fracción VII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien ordenar la publicación en el **Diario Oficial de la Federación**, del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-040-SSA2-2003, En materia de Información en Salud.

El presente Proyecto de Norma Oficial Mexicana se publica a efecto de que los interesados, dentro de los siguientes 60 días naturales contados a partir de la fecha de su publicación, presenten sus comentarios por escrito ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, sito en Lieja número 7, 1er. piso, colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, código postal 06696, México, D.F., teléfono y fax 52-86-53-55, correo electrónico: pce@salud.gob.mx.

Durante el lapso mencionado y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 45 y 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, la Manifestación de Impacto Regulatorio del presente Proyecto de Norma, estará a disposición del público, para su consulta, en el domicilio del Comité.

PREFACIO

En la elaboración de este Proyecto de Norma Oficial Mexicana participaron:

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Innovación y Calidad

Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud

Subsecretaría de Relaciones Institucionales

Coordinación General de Planeación Estratégica

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud

Dirección General de Promoción de la Salud

Dirección General de Salud Reproductiva

Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Dirección General Adjunta de Epidemiología

Instituto Nacional de Salud Pública

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Dirección General de los Servicios de Salud en el Estado de Hidalgo

Secretaría de Salud del Estado de Jalisco

Secretaría de Salud del Estado de Michoacán

Dirección General de los Servicios de Salud y Secretaría de Salud en el Estado de Nayarit

Secretaría de Salud Estado de Oaxaca

Secretaría de Salud y Dirección General de Servicios de Salud del Estado de Puebla

Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora
Secretaría de Salud y Dirección General de los Servicios de Salud del Estado de Tlaxcala
Dirección General de Servicios de Salud del Estado de Zacatecas
SECRETARIA DE GOBERNACION
Secretaría General del Consejo Nacional de Población
SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
Subdirección Operativa de la Dirección General de Sanidad
SECRETARIA DE MARINA
Dirección General de Sanidad Naval
SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Unidad de Contabilidad Gubernamental e Informes sobre la Gestión Pública
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Dirección de Prestaciones Médicas
Dirección de Planeación y Finanzas
Coordinación de Salud Pública
Coordinación de Salud Reproductiva
Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades
División de Prevención y Control de Enfermedades
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
Subdirección General Médica
Subdirección General de Finanzas
Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional
PETROLEOS MEXICANOS
Unidad de Planeación, Normatividad e Innovación
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
Dirección General
Subdirección de Informática
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA
Dirección General de Estadística
ORGANISMOS PRIVADOS
Centro Hospitalario Nuevo Sanatorio Durango
Grupo Angeles, Servicios de Salud
Hospital ABC
Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.

INDICE

- 0.** Introducción
- 1.** Objetivo y campo de aplicación
- 2.** Referencias

3. Definiciones y abreviaturas
4. Generalidades
5. Flujos de información
6. Aspectos específicos
7. Subsistema de población y cobertura
8. Subsistema de recursos humanos, físicos y financieros
9. Subsistema de servicios otorgados
10. Subsistema de daños a la salud
11. Subsistema de evaluación del desempeño
12. Solicitud de información
13. Acceso, difusión y uso de la información en salud
14. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
15. Bibliografía
16. Observancia de la Norma
17. Vigencia

0. Introducción

Tradicionalmente la generación de información en salud en nuestro país, ha venido incorporando información estadística de por lo menos 10 sistemas, con diferentes formatos de captura, glosarios de términos y periodos de levantamiento en distintos momentos que responden a objetivos e intereses de cada institución en particular. Existen vacíos de información en el sector privado, en recursos financieros, y en los rubros de recursos físicos y humanos la información es incompleta y deficiente.

La generación de información en salud en México debe responder a los cambios en los perfiles demográfico y epidemiológico del país, y a las transformaciones de las instituciones de atención a la salud que han incorporado nueva metodología, tecnología e indicadores para transitar de una multiplicidad de sistemas institucionales de información a un Sistema Nacional de Información en Salud.

La aplicación de esta NOM permitirá contar un sistema único, oportuno e integrador, que administre los datos, la información y los conocimientos que sirvan de apoyo para conformar un sistema de salud universal y equitativo; de alta calidad y anticipatorio; descentralizado y participativo que oriente el proceso de planeación, la gestión de programas y servicios y en general la toma de decisiones.

1. Objetivo y campo de aplicación

Objetivo

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios para obtener, integrar, organizar, procesar, analizar y difundir la información en salud, en lo referente a población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño del SNS.

Campo de aplicación

1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para establecimientos y personas físicas y morales del SNS de los sectores público, social y privado que proporcionen servicios de atención a la salud.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma, es necesario consultar las siguientes normas oficiales mexicanas:

2.1 NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

2.2 NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

2.3 NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

2.4 NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

2.5 NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.

3. Definiciones y abreviaturas

Para efecto de esta Norma Oficial Mexicana se entiende por:

3.1 Afección principal, a la situación diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal.

3.2 Afección secundaria, a la afección o afecciones que coexistieron o se desarrollaron durante el periodo de atención y afectaron el tratamiento del paciente, excluye aquellas que hayan afectado anteriormente al paciente y que no inciden en el episodio actual de atención.

3.3 Alta de corta estancia, a la acción que indica que una persona sale de un servicio donde su permanencia es menor a 24 horas y su atención no implicó el uso de cama censable, es decir estuvo en el servicio de corta estancia. Esta puede clasificarse en quirúrgica y no quirúrgica y no genera egreso hospitalario y por lo tanto tampoco día estancia.

3.4 Atención a la salud, servicio de atención a la salud, al conjunto de acciones coordinadas de promoción y de educación para la salud, protección específica, detección, limitación del daño, atención médica de enfermedades y rehabilitación, que se desarrollan por interacción de diferentes grupos profesionales y técnicos, con el fin de preservar la salud del individuo o recuperarla, en conjunto con la familia o la comunidad.

3.5 Banco de sangre, al servicio auxiliar constituido por el área o local con instalaciones, mobiliario y equipo y con personal especializado y de apoyo, destinado a la obtención, procesamiento, conservación y distribución de sangre y sus derivados.

3.6 Cama censable, a la cama en servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión lo controla y asigna al paciente en el momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

3.7 Cama no censable, a la cama que se destina a la atención transitoria o provisional para: observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

3.8 Cesárea, a la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción vivo o muerto de 22 semanas cumplidas o más, así como los anexos ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y en la uterina.

3.9 Cirugía, intervención quirúrgica, al procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar, reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, con fines terapéuticos, diagnósticos, profilácticos o estéticos, mediante técnicas invasivas que implican generalmente el uso de anestesia y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos.

3.10 Cirugía de corta estancia, a la intervención quirúrgica programada que se realiza en el servicio de corta estancia de un hospital o unidad de atención médica, en el cual el paciente no requiere el uso de una

cama censable y su permanencia es menor a 24 horas; no genera egresos hospitalarios; excluye las atenciones de urgencias y las operaciones o procedimientos practicados en consultorio u otra área de atención hospitalaria (generalmente bajo anestesia local), que no requieren de vigilancia hospitalaria durante la recuperación.

3.11 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, al estándar internacional de uso obligatorio en todo el país, para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes que permitan la comparabilidad nacional e internacional.

3.12 Clasificación de procedimientos, al estándar internacional de uso obligatorio en todo el país para la codificación y generación de estadísticas de procedimientos en medicina (quirúrgico y no quirúrgico, de diagnóstico y terapéutico), que permitan la comparabilidad nacional e internacional, independientemente de otras clasificaciones que usen las instituciones.

3.13 Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud, al estándar internacional que debe ser utilizado en todo el país para la codificación de estados de salud y de discapacidad.

3.14 Consulta externa, a la atención médica que se otorga a paciente ambulatoria, en un consultorio o en el domicilio del mismo, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

3.15 Consulta externa general, a la atención que otorga el médico general o familiar a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o en el domicilio, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

3.16 Consulta externa de especialidad, a la atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y demás especialidades, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

3.17 Consulta de primera vez, a la atención otorgada por personal de salud a una persona cuando acude a la primera consulta por una enfermedad o motivo determinado.

3.18 Consulta subsecuente, a la otorgada por personal de salud a una persona cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el que ya se le otorgó una consulta.

3.19 Defunción, muerte, a la extinción o término de la vida. Desaparición de todas las funciones vitales ocurridas después del nacimiento vivo.

3.20 Defunción fetal, a la muerte de un producto de la concepción hasta antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está definida por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

3.21 Defunción hospitalaria, a la defunción que ocurre en el interior de los servicios hospitalarios. Para fines estadísticos se clasifica en: defunción de paciente que tiene asignada una cama censable y defunción de paciente no hospitalizado.

3.22 Defunción materna, a la muerte que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, independientemente de su duración y el lugar del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

3.23 Día estancia, al número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta su egreso; se obtiene restando a la fecha de egreso la de ingreso. Cuando el paciente ingresa y egresa en la misma fecha y ocupe una cama censable se cuenta como un día estancia.

3.24 Egreso hospitalario, al evento que considera la salida del paciente del servicio de hospitalización e implica la desocupación de una cama censable; incluye altas por curación, mejora, traslado a otra unidad, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intraservicios.

3.25 Indicador, a la cifra o dato que deriva de un estudio, y se acepta convencionalmente para medir o comparar los resultados obtenidos en la ejecución de un proyecto o un programa. Permite dimensionar u obtener valores de tipo cuantitativo o cualitativo.

3.26 Información en salud, a los datos, la información, el conocimiento y la evidencia, relacionados con su generación, acceso, difusión, y uso dentro del sector salud.

3.27 Procedimiento médico, al conjunto de actividades que realiza el médico o el personal de salud para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento quirúrgico o no quirúrgico de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud.

3.28 Sistema de información en salud, al conjunto de elementos, recursos, y personas que interactúan bajo criterios y procedimientos definidos para realizar de manera sistemática las actividades relacionadas con la organización y la administración de la información.

3.29 Sistema Nacional de Salud, al conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas morales o físicas de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección de la salud.

3.30 Reingreso, al paciente que ingresa nuevamente a la unidad médica por la misma afección o diagnóstico, en el año.

3.31 Servicio de corta estancia, al servicio hospitalario especial para dar atención médica o quirúrgica a pacientes durante el día. Comprende atenciones programadas que no ameritan el uso de camas censables y generalmente se otorgan en áreas destinadas para tal fin.

3.32 Servicio de hospitalización, al servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

Abreviaturas

AVISA:	Años de Vida Saludable.
CEMECE:	Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades.
CIE-10:	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.
CIF:	Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.
CBDH:	Conjunto Básico de Datos Hospitalarios.
CONAPO:	Consejo Nacional de Población.
DGIS:	Dirección General de Información en Salud.
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social.
INEGI:	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
ISES:	Instituciones de Seguros Especializados en Salud.
ISSSTE:	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
NOM:	Norma Oficial Mexicana.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PEMEX:	Petróleos Mexicanos.
SDN:	Secretaría de la Defensa Nacional.
SHCP:	Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
SINAIS:	Sistema Nacional de Información en Salud.

SM: Secretaría de Marina.
SNS: Sistema Nacional de Salud.
SSA: Secretaría de Salud.

4. Generalidades

4.1 La información generada por las instituciones del SNS debe cumplir con los atributos de disponibilidad, oportunidad, veracidad, comparabilidad, homogeneidad, confiabilidad, suficiencia y calidad, de conformidad con la presente Norma y los ordenamientos jurídicos aplicables.

4.2 La información de unidades médicas privadas se obtendrá mediante levantamientos anuales de acuerdo al formato que establezca la Secretaría de Salud.

5. Flujos de información

5.1 La Secretaría de Salud es el órgano normativo y rector del SINAIS, y funge como el recopilador de toda la información generada por éste. La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la DGIS, de conformidad con las disposiciones aplicables y atribuciones conferidas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en coordinación con los diferentes sectores del Sistema Nacional de Salud.

5.2 De acuerdo con los niveles técnico-administrativos del SNS, la aplicación y operación del SINAIS para las instituciones de la Secretaría de Salud, así como para las personas físicas o morales de establecimientos privados, se ejerce a través de los siguientes niveles:

- a) Jurisdiccional
- b) Estatal
- c) Nacional

5.3 Para el caso de las instituciones públicas del sector salud, la aplicación y operación del Sistema Nacional de Información en Salud, se hará a través de los canales que cada una de las instituciones tiene establecido. El concentrado nacional debe ser entregado a la DGIS, en los tiempos y forma conforme a los criterios establecidos en esta Norma.

6. Aspectos específicos

6.1 El SNS debe: 1) contar con la infraestructura de información que apoye los procesos de toma de decisiones de los diferentes actores y usuarios del SNS, y 2) contar con indicadores que impulsen las acciones de equidad, calidad, y protección financiera en salud.

6.2 El SINAIS está integrado por los cinco subsistemas siguientes:

- a) Población y cobertura
- b) Recursos humanos, físicos y financieros
- c) Servicios otorgados
- d) Daños a la salud
- e) Evaluación del desempeño

Todo requerimiento de información debe corresponder invariablemente a alguno de dichos apartados.

6.3 La periodicidad de la información reportada debe ser anual, semestral, trimestral, y excepcionalmente mensual, según sea definido por la Secretaría de Salud conforme a requerimientos específicos.

6.4 La información solicitada con periodicidad anual, debe estar disponible en el mes de mayo, siguiente al cierre del año estadístico de referencia.

6.5 La información con corte trimestral o mensual debe estar disponible un mes después del periodo de referencia.

6.6 La información será solicitada con desagregación por entidad federativa, municipio, y cuando así se requiera por localidad y unidad médica, y en función de las necesidades que la Secretaría de Salud establezca a través de la DGIS.

6.7 La información debe ser entregada en forma magnética o electrónica, en base de datos o en el formato y programa de cómputo que haya sido determinado por la Secretaría de Salud a través de la unidad administrativa que tenga a su cargo este sistema de información.

6.8 Toda información sujeta a proceso de captura en base de datos que requiera de la codificación geográfica, deberá estar sustentada en el Catálogo de Integración Territorial del INEGI, en su versión más reciente.

7. Subsistema de población y cobertura

7.1 En materia de población total, la información debe tener como fuente las proyecciones elaboradas por el Consejo Nacional de Población, desagregadas por grupos etarios, sexo, entidad federativa y municipio. En aquellos casos donde no existan datos proyectados o estructuras asociadas a diferentes variables, se proporcionarán los datos ajustados de población.

7.2 Para la construcción de los indicadores en los cuales el denominador sea la población, deben ser utilizadas las estimaciones de población al 30 de junio, elaboradas por CONAPO. La DGIS contribuirá a difundir a todas las instituciones del sector salud, la versión oficial vigente de las proyecciones de población.

7.3 La información sobre el módulo de cobertura se refiere a población potencial, derechohabiente, no derechohabiente y usuaria.

7.4 Se considera población derechohabiente, al número de personas con derecho a recibir prestaciones en especie y/o en dinero conforme a lo establecido por la ley que rige cada institución de seguridad social; este grupo incluye asegurados directos o cotizantes, pensionados y beneficiarios de ambos. Como población no derechohabiente, a la población sin derecho a prestaciones en especie y en dinero, por parte de las instituciones de seguridad social.

7.5 Una modalidad de derechohabiencia la constituye el seguro popular, definido como el 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.

7.6 La población potencial, es el número de habitantes que una institución puede atender considerando la disponibilidad de recursos sean humanos o materiales existentes en las unidades médicas de una institución. Y la población usuaria al segmento de esta población potencial que hace uso, al menos una vez al año, de los servicios institucionales de atención integral a la salud.

7.7 Para fines de presentación, la información sobre población debe ser referida de acuerdo a las instituciones prestadoras de servicios de salud, quedando en primer término las que por función atienden a población no derechohabiente (SSA, IMSS-Oportunidades); seguida por las que cuentan con población derechohabiente (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN, SM, estatales, bancarias, ISES) y finalmente otras que eventualmente cuenten con este tipo de población.

7.8 La desagregación de la información debe ser por sexo y edad; indicando la cobertura de personas de población indígena o en regiones indígenas, considerando como población indígena al conjunto de personas que se identifican con alguno de los criterios de: **i)** autopertenencia, **ii)** hablante de lengua indígena, o **iii)** residente de una localidad o municipio con 40% o más de población indígena. Y cuando sea el caso también debe incluirse a la población con discapacidad entendida como el número de personas con desventajas parciales o totales, temporales o permanentes, de la capacidad funcional, biológica, psicológica o social, para realizar sus actividades cotidianas.

8. Subsistema de recursos humanos, físicos y financieros

8.1 Las variables sobre recursos humanos se refieren al personal médico, de enfermería, odontología, paramédico, de investigación, técnico auxiliar y administrativo; su desagregación se debe reportar según sexo, tipo de especialización, certificación, recertificación, y recursos en formación, según sea el caso.

8.2 Como personal médico se considera a la persona autorizada legalmente, con título profesional y cédula, que desempeña labores relacionadas con la atención médica en beneficio de pacientes y de la

comunidad, éste es general cuando su actividad principal está en el diagnóstico y tratamiento de la patología más frecuente. El médico especialista es aquel que cuenta con estudios de especialización y con título y cédula profesional de alguna especialidad en una rama de la medicina para la atención de la salud o de padecimientos referidos a un órgano, aparato o sistema.

8.3 La información del personal médico debe incluir la clasificación de: **a)** personal médico en contacto directo con el paciente que es el profesional en salud que realiza actividades de atención directa a la salud de pacientes, propias de su profesión o especialidad, no incluye a los que se desarrollan en áreas de apoyo técnico, docente y administrativo; **b)** al médico en formación que se encuentra cursando estudios formales de pregrado o posgrado; **c)** médico en otras labores, al personal médico que desempeña labores de apoyo técnico, de docencia y administrativo en las unidades médicas; **d)** al médico residente que se encuentra en proceso de formación para obtener el grado de especialista, y **e)** a los médicos pasantes que son todos aquellos egresados de la carrera de medicina con el 100% de los créditos académicos, pero que aún no cuentan con título y cédula profesional. Como personal administrativo, se considera a todos aquellos profesionales, técnicos y auxiliares del área que apoyan con funciones administrativas en la unidad médica.

8.4 Para la información de personal médico odontológico se debe considerar a todo profesional con título de cirujano dentista o licenciatura en estomatología, legalmente autorizado para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que presentan enfermedades estomatológicas. Incluye a los especialistas en endodoncia, parodoncia y otras especialidades odontológicas.

8.5 La información del personal de enfermería deberá desagregarse por **i)** enfermera auxiliar entendida como la persona capacitada en cursos reconocidos por una institución pública o privada para ejecutar bajo supervisión de una enfermera general, actividades relacionadas con la atención de enfermos; **ii)** enfermera especializada, a la persona que después de haber obtenido el título de enfermera general realiza estudios específicos en una rama de la enfermería o áreas afines y obtiene el diploma correspondiente de una institución oficialmente reconocida, **iii)** enfermera general, a la persona capacitada a nivel profesional o técnico y autorizada, mediante un título otorgado por una institución educativa reconocida oficialmente, para asumir la responsabilidad de los servicios de enfermería necesarios para la prevención de enfermedades y asistencia a enfermos.

8.6 La información sobre recursos físicos se refiere a los establecimientos de atención a la salud existentes y en operación durante el periodo de referencia. Considera el total de unidades médicas, así como su clasificación; por un lado en unidades de consulta externa, y por otro en unidades hospitalarias generales y de especialidad. Se deben separar las unidades que tienen construcción expofesa de los llamados centros auxiliares, debiendo reportar en ese mismo rubro las unidades móviles.

8.7 Las variables sobre recursos físicos deben estar referidas a camas censables y no censables, incubadoras, consultorios generales y de especialidad, laboratorios de análisis clínicos y de anatomía patológica, laboratorios de investigación y desarrollo, gabinetes y equipos de imagenología, quirófanos, corta estancia, salas de expulsión, bancos de sangre, áreas de urgencia, servicios de rehabilitación, biblioteca, aulas, auditorios e infraestructura informática y de telecomunicaciones.

8.8 La información de consultorios se refiere al área física o cubículo de un establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a una clínica, sanatorio o establecimiento hospitalario, que cuenta con las instalaciones y el equipo necesario para que personal médico y/o paramédico brinden el servicio de atención a la salud a pacientes ambulatorios; dividiéndose en general cuando sea utilizado para brindar atención para todo tipo de afecciones o padecimientos y el de especialidad cuando esté destinado para la atención ambulatoria de una especialidad.

8.9 La integración de la información de cada unidad médica debe permitir la elaboración de un directorio nacional. El directorio nacional de unidades médicas debe contener los siguientes campos: nombre y tipo de la unidad, institución, certificación, entidad federativa, municipio, localidad, domicilio, código postal, teléfono, fax y correo electrónico, cuando proceda. Las referencias geográficas deben estar supeditadas a las señaladas en el catálogo de integración territorial del INEGI.

8.10 La información sobre recursos financieros, debe contener las variables de gasto en salud entendido como el flujo de recursos económicos destinados a la generación de las actividades de atención a la salud; el gasto privado en salud, que consiste en: **i)** los desembolsos de aseguradoras y de terceros, distintos de la seguridad social, **ii)** los servicios de salud que según lo estipulado deben ofrecer los empleadores y otros

servicios de salud proporcionados por las empresas, **iii)** la atención sanitaria financiada por instituciones no lucrativas y organizaciones no gubernamentales, **iv)** las inversiones privadas en servicios médicos y, **v)** los pagos directos realizados por los hogares.

8.11 Este gasto en salud puede dividirse en gasto público, considerado como la suma de los desembolsos en salud por parte del gobierno federal o estatal, tales como el gasto sanitario financiado mediante impuestos, transferencias a través de los ramos de la administración federal, contribuciones a las instituciones de seguridad social, así como el gasto en salud de las mismas. Incluye los sueldos y salarios del personal de hospitales y dispensarios, los costos de la administración del sistema de salud, las inversiones en servicios médicos, el financiamiento de la mayoría de los planes extra presupuestarios y, las subvenciones destinadas a sufragar parte de los costos de funcionamiento de los servicios médicos y/o a cubrir los déficits de esos servicios.

8.12 La información del gasto en salud de la seguridad social es el que se refiere a las cotizaciones abonadas por los empleados y empleadores en sistemas obligatorios de atención médica y productos médicos, que se emplean para el financiamiento de la salud a diferencia de otros gastos inherentes a la seguridad social y, en los casos en que esos conceptos no puedan diferenciarse como desembolsos financiados mediante impuestos, las contribuciones del Estado que complementen estos últimos.

8.13 El gasto en salud se clasificará en gasto autorizado, cuando se refiera al presupuesto aprobado por la SHCP para que se ejerza de acuerdo a las necesidades institucionales en un periodo de tiempo determinado y en el caso de las entidades federativas por las instancias de finanzas correspondientes; gasto en administración a los gastos que tienen como función principal el sostenimiento de las actividades destinadas a mantener la dirección y administración de la institución y que sólo de modo indirecto están relacionados con las operaciones de ofrecer o proporcionar bienes y/o servicios; gasto ejercido, al presupuesto autorizado que se gasta con cargo al ejercicio de que se trate, independientemente de que el pago se realice en el mismo año presupuestal, o en el próximo.

8.14 Los Servicios Estatales de Salud deberán reportar el gasto en salud conforme a la metodología utilizada por la Secretaría de Salud a través del Sistema Nacional de Información en Salud. Esta metodología es consistente con los sistemas internacionales de clasificación de gasto en salud, y garantiza la homologación conceptual y contable de las aportaciones al gasto en salud de las entidades federativas y de las instituciones públicas y privadas del sector salud.

9. Subsistema de servicios otorgados

9.1 La cobertura conceptual del subsistema incluye variables de orden general sobre consulta externa, hospitalización, urgencias y servicios de corta estancia; así como las actividades relevantes vinculadas a los programas prioritarios.

9.2 Se debe realizar un registro por cada servicio prestado; es decir, sólo se considera una atención otorgada por cada interacción del paciente o la comunidad, con personal de salud.

9.3 El registro de información sobre servicios otorgados debe abarcar los aspectos de identificación del paciente: edad, sexo, pertenencia a población indígena y tipo de discapacidad (cuando proceda); número de expediente. El estado de salud del paciente y/o la afección principal, y las características de la atención otorgada.

9.4 Las variables a registrar para consulta externa, además de las mencionadas en el punto anterior, son clasificación en primera vez y subsecuente, siguiendo el criterio epidemiológico, que se basa en el diagnóstico o motivo de atención, procedimientos y apoyos otorgados durante la consulta, tipo de persona que la otorgó y atenciones colaterales prestadas durante la misma. Cuando la atención se otorgue a menores de 5 años es necesario especificar si la atención fue por enfermedades diarreicas agudas o infecciones respiratorias agudas y el tipo de tratamiento otorgado, así como el estado nutricional y la aplicación de vacunas del esquema básico.

9.5 Las variables para el registro sobre la atención de urgencias, además de lo señalado en el punto 9.3, deben incluir urgencia calificada y no calificada, fecha y hora de inicio y término de la atención, procedimientos practicados y destino del paciente después de la atención, para atenciones a consecuencia de una lesión: tipo

de urgencia, mecanismo de producción, sitio donde ocurrió la lesión (ubicación geográfica), institución que brindó el primer apoyo y parte anatómica.

9.6 Para egresos hospitalarios y servicio de corta estancia, el conjunto básico de datos hospitalarios (CBDH) son: identificación de la unidad, Clave Unica de Registro de Población, edad, sexo, entidad de residencia habitual, municipio de residencia habitual, condición de derechohabiente, fecha de ingreso, fecha de egreso, días estancia, reingreso por la misma afección en el año, servicio de atención, unidad de procedencia externa, tipo de atención hospitalaria (normal y corta estancia), motivo de egreso, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios (todos los que procedan), procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos no quirúrgicos (principal y secundarios), causas de defunción. En caso de atención obstétrica: parto normal o complicado, cesárea o aborto; edad gestacional, peso en gramos, condición al nacer y condición al egreso del o los productos.

9.7 Para la codificación e integración de la estadística de procedimientos médicos practicados al paciente se debe utilizar la Clasificación de Procedimientos vigente. La codificación debe efectuarse con el detalle de cuatro caracteres. Las instituciones deben reportar su información a la SSA, a través de la DGIS siguiendo los procedimientos de esta clasificación. Ello no impide que puedan usar, además otras clasificaciones para sus propios fines.

10. Subsistema de daños a la salud

10.1 Las estadísticas de mortalidad general y fetal que elaboren las instituciones de salud deben tener un carácter preliminar; y deben ser utilizadas para fines epidemiológicos y estadísticos de las mismas.

10.2 Las fuentes primarias para la generación de las estadísticas de mortalidad general y fetal son: el Certificado de Defunción y el Certificado de Muerte Fetal. Estos documentos deben ser expedidos por única vez, en forma gratuita y obligatoria, en toda defunción.

10.3 El diseño, impresión, distribución y control de los certificados de defunción corresponde a la SSA, quien debe supervisar que no exista impedimento para su obtención por parte de los certificantes en las unidades médicas y personas autorizadas por la SSA. La SSA, de común acuerdo con las instancias interinstitucionales debe determinar las modificaciones y actualizaciones periódicas a los formatos, de acuerdo con las necesidades del Sistema Nacional de Salud.

10.4 Cada entidad federativa y el Distrito Federal deben establecer los mecanismos de distribución y control que permitan el acceso fácil y oportuno a los certificados de defunción hacia los médicos y familiares de los deudos, en cualquier localidad del país.

10.5 Las diferentes instituciones solicitarán cuando así lo requieran, una copia fotostática de los certificados de defunción para su análisis epidemiológico y estadístico.

10.6 Las instituciones que conforman los grupos interinstitucionales de información de los estados, deben orientar a la población en general y a los médicos certificantes, acerca de las unidades en dónde obtener los formatos para extender los certificados de defunción. Igualmente deben informar sobre la necesidad e importancia de entregar el certificado de defunción y sus copias en la Oficina del Registro Civil más cercana, para obtener el acta de defunción y el permiso de inhumación correspondientes.

10.7 La SSA, previo estudio epidemiológico, debe rectificar o ratificar ante la instancia competente, las causas de muerte anotadas en el certificado de defunción, cuando éstas sean consideradas de notificación obligatoria por la NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica. De igual modo, debe llevar a cabo la investigación de los certificados que contengan omisiones, incongruencias y problemas en el registro de las demás causas de defunción y otras variables del certificado a fin de corregir la codificación y la captura (no el certificado) debiendo quedar constancia anexa al documento, de la aclaración hecha por los certificantes. Una vez hecha la corrección, debe enviar la notificación al INEGI en la semana siguiente de concluida la investigación.

10.8 La estadística de mortalidad debe comprender las causas de defunción de la población de acuerdo a la CIE-10, integradas ya sea bajo un enfoque de causa básica o causa múltiple. La integración de la estadística por causa única (causa básica) es obligatoria, mientras que la generada en el enfoque de causa múltiple es opcional. La estadística de mortalidad debe incluir información adicional acerca del

fallecido y sus variables sociodemográficas, incluidos los que se relacionan con los servicios de salud y la atención brindada.

10.9 Como causa básica de defunción se considera a toda enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal y las causas de defunción (causas múltiples) a todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella, y a las circunstancias del accidente o de la violencia que produjeron dichas lesiones.

10.10 La obtención de la estadística de mortalidad en unidades hospitalarias, debe diferenciarse entre las ocurridas en camas censables y las ocurridas en camas no censables. Para fines de evaluación se tomará en cuenta lo siguiente: **a)** la mortalidad bruta aquella que ocurre en todo el hospital sin considerar el tiempo de estancia, **b)** mortalidad ajustada a la ocurrida después de 48 horas de ingreso al hospital y **c)** egreso hospitalario por defunción al que ocurre en una cama censable. Las fuentes primarias para la mortalidad hospitalaria son tanto el formato de registro de egreso hospitalario como la copia del certificado de defunción. En caso de discrepancia, se debe dar prioridad a lo señalado en el certificado de defunción.

10.11 La persona a cargo del tratamiento del paciente debe seleccionar la afección principal y todas las otras afecciones atendidas en cada episodio de atención. Los formatos de registro (resumen de egreso hospitalario, informes de consulta) deben disponer de un espacio para anotar la afección principal, separado de las otras afecciones, comorbilidades o complicaciones que se presenten durante el episodio de atención y que también deberán ser anotadas en el formato.

10.12 La medición de la morbilidad debe integrar las enfermedades, lesiones, u otros motivos de atención a personas sanas o enfermas que se presentan en la población y que constituyen las principales causas de demanda de los servicios. Dicha estadística debe acompañarse de datos del paciente, sus datos sociodemográficos, los servicios de salud, y la atención brindada. Las instituciones deben prever que los sistemas que procesan egresos hospitalarios capten tanto la afección principal como las otras afecciones de manera que puedan integrarse estadísticas por afección principal (causa única) y por afecciones múltiples. La atención brindada se refiere a los procedimientos médicos practicados (quirúrgicos y no quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos), que son obligatorios en la atención hospitalaria normal y de corta estancia y opcionales para la atención de consulta externa.

10.13 La información sobre motivos de consulta se debe generar a través de la codificación exhaustiva de todas las consultas; o bien, mediante la aplicación de la metodología de selección de muestras. La fuente en todos los casos debe ser el formato de registro de consulta externa. Entendiendo como motivo de consulta a la causa por la que los pacientes acuden a los servicios ambulatorios en los tres niveles de atención en el año de referencia.

10.14 La información sobre casos nuevos de notificación obligatoria se debe hacer según los lineamientos establecidos en la NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

10.15 Para la generación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad se deben cumplir los procedimientos normados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en materia de codificación y selección de causa básica de defunción y de la afección principal, la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en su décima revisión. Del mismo modo se deben cumplir los lineamientos marcados en la Clasificación de Procedimientos en Medicina que la Secretaría de Salud recomiende para su uso en todo el país.

10.16 La codificación y procesamiento de las causas de morbilidad y mortalidad debe efectuarse con la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres, a fin de que las bases sean conformadas con el mayor detalle posible y puedan obtenerse las agregaciones necesarias.

10.17 Para la generación de estadísticas sobre el nivel de salud y discapacidad se deben cumplir los procedimientos marcados por la OMS en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

10.18 Las instituciones del sector público, social y privado deben promover, garantizar y reforzar entre los médicos de las instituciones del SNS, el llenado correcto de cada variable del Certificado de Defunción y del

Certificado de Muerte Fetal; y el registro preciso y ordenado de las causas. Igualmente, se debe informar sobre la importancia que ello tiene en el estudio epidemiológico y la estadística; así como las implicaciones legales correspondientes. Del mismo modo, se deben difundir los lineamientos para registrar la morbilidad, según sean señalados por la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE).

11. Subsistema de evaluación del desempeño

11.1 Los indicadores a utilizar para la evaluación del desempeño serán los autorizados por el Consejo Nacional de Salud como indicadores de resultado. Estos indicadores deben permitir dar seguimiento a los objetivos intermedios del SNS y de los sistemas de salud de las entidades federativas.

11.2 Los indicadores de resultado tienen como propósito dar seguimiento, a nivel estatal, a los objetivos intermedios de los sistemas de salud; básicamente los relacionados con accesibilidad, aceptabilidad, anticipación, calidad, efectividad, eficiencia, equidad y sensibilidad de género.

11.3 La DGIS reunirá, procesará y difundirá los indicadores con los cuales las dependencias del SNS y la administración pública deben evaluar el desempeño del sector salud en su conjunto y de sus dependencias.

11.4 Se entiende como desempeño, a la medida relativa de eficiencia que compara el nivel de logro alcanzado en relación con los recursos empleados. En el contexto del desempeño de un sistema de salud, se pueden ubicar los atributos de accesibilidad, calidad, eficiencia y protección financiera.

11.5 La información sobre evaluación del desempeño, se refiere a la medida en que se están cumpliendo los objetivos últimos de los sistemas nacional y estatales de salud; básicamente los relacionados con el mejoramiento de la salud de la población; el ofrecimiento de un trato digno a los usuarios de los servicios; y el garantizar protección financiera en materia de salud.

11.6 La DGIS debe capacitar en el uso de los indicadores de resultado o de objetivos intermedios.

11.7 Con el fin de asegurar la protección financiera, el sistema de evaluación debe contener variables sobre los esquemas de financiamiento de los servicios de salud que protejan a la población contra gastos desproporcionados por motivos de salud.

11.8 Para la evaluación de la carga de la enfermedad se debe utilizar el indicador de años de vida saludable que permite evaluar con mayor precisión las pérdidas de salud desde una perspectiva social, incorporando las pérdidas de vida por muerte prematura y/o discapacidad.

12. Solicitud de información

12.1 La información generada por el SNS debe observar los principios de confidencialidad y reserva que señala la Ley de Información Estadística y Geográfica.

12.2 Se consideran fuentes de información los datos de salud emanados de las instituciones de carácter público, social y privado, que prestan servicios de atención a la salud.

12.3 La información en salud se maneja a través de los formatos de reporte establecidos por la DGIS, en coordinación con los grupos interinstitucionales de información federal y estatal, según sea el caso. Dichos reportes se deben remitir oportunamente, de acuerdo a la periodicidad y flujos establecidos.

12.4 Cada unidad médica debe requisitar los formularios y previa validación, los debe remitir al área de organización y administración de información en salud de su institución, la que a su vez, debe validar y capturar la información que debe ser enviada a la DGIS, de preferencia en formato electrónico o magnético.

12.5 La información de las unidades médicas privadas se debe coleccionar en los formatos que establece la SSA a través de la DGIS y que estarán debidamente registrados ante la autoridad competente.

12.6 La DGIS debe solicitar, recopilar, procesar, emitir y difundir los resultados derivados de la Encuesta Nacional sobre Unidades Médicas Privadas con Servicio de Hospitalización; auxiliándose para ello, de la estructura de los servicios de salud de las entidades federativas.

12.7 La DGIS, debe solicitar a las instituciones de asistencia social la información relativa a su ámbito de competencia para ser integrada a los diferentes mecanismos de difusión del SINAIS.

13. Acceso, difusión y uso de la información en salud

13.1 La información generada por el SINAIS, debe ser administrada y difundida oportunamente por la DGIS a través de diferentes medios: impresos, magnéticos y electrónicos, para fortalecer el acceso regular de todos los ciudadanos a la información pública.

13.2 La información objeto de esta Norma debe cumplir con los criterios de disponibilidad y oportunidad para su consulta por los usuarios reales y potenciales del SINAIS y de la sociedad en general. Las unidades de organización y administración de la información en salud de las diferentes instituciones del sector salud, deben promover y difundir el acceso al SINAIS; además de cubrir las necesidades de información de los usuarios que así lo requieran.

13.3 El uso de la información derivada del SINAIS se debe realizar conforme a los atributos de calidad, precisión, comparabilidad y homogeneidad, referidos en esta Norma.

14. Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas

Esta Norma Oficial Mexicana no es equivalente a ninguna norma internacional ni mexicana, por no existir referencia al momento de su elaboración.

15. Bibliografía

15.1 Acuerdo que establece los lineamientos para la selección de las principales causas de morbilidad y mortalidad, SNS mayo de 1999, SSA/CEMECE.

15.2 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10a. Revisión, OMS/OPS, 1995.

15.3 Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión. Modificación Clínica. Procedimientos. Volumen 3 (CIE-9 MC) OMS. Madrid, 1996.

15.4 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) OMS/OPS, 2001.

15.5 Glosario de Términos Estadístico Médicos, Grupo Interinstitucional de Información, México, 1987.

15.6 Glosario del IMSS, segunda edición. Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1995.

15.7 Ley de Información Estadística y Geográfica, INEGI. **Diario Oficial de la Federación**, 30-XII-80, México.

15.8 Ley Federal sobre Metrología y Normalización, México, 1999.

15.9 Ley General de Salud, **Diario Oficial de la Federación**, 31-V-00, México.

15.10 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, México, 1999.

15.11 Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información, México, 2001.

15.12 NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

15.13 NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria de la salud.

15.14 NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

15.15 NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

15.16 NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

15.17 NOM-020-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.

15.18 NOM-022-SSA2-1994, Para la prevención y control de la brucelosis en el hombre.

15.19 NOM-090-SSA1-1994, Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

15.20 NOM-166-SSA1-1997, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

15.21 NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

15.22 NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad.

15.23 NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

15.24 NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

15.25 NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

15.26 NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

15.27 NMX-CC-9000-IMNC-2000, Sistemas de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario.

15.28 Manual de Fuentes y Métodos, Secretaría de Salud, México, abril 2000.

15.29 Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud, México, 2001.

15.30 Programa de Acción del Sistema Nacional de Información en Salud 2001-2006, Secretaría de Salud, México, 2002.

15.31 Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006. Secretaría de Salud. México, 2002.

15.32 Reglamento de la Ley de Información Estadística e Informática, INEGI, México, 1982.

15.33 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, México, 2001.

15.34 Sistemas de Información y Tecnología de Información en Salud. Desafíos y Soluciones para América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1998.

16. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de la Norma corresponde a la SSA y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias.

17. Vigencia

Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**, salvo los numerales 9. Subsistema de Servicios Otorgados y 10. Subsistema de Daños a la Salud, mismos que iniciarán su vigencia, para las unidades médicas privadas con <30 camas, a los 90 días siguientes.

México, D.F., a 26 de enero de 2004.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Roberto Tapia Conyer**.- Rúbrica.