

SECRETARÍA DE SALUD

DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

FELIPE DE JESÚS CALDERÓN HINOJOSA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en los artículos 13, 31 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 77 Bis 9, 77 Bis 12, 77 Bis 13, 77 Bis 29 y 77 Bis 31 de la Ley General de Salud, he tenido a bien expedir el siguiente

DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

ARTÍCULO ÚNICO. Se **REFORMAN** los artículos 20; 23; 24; 25; 26; 28; 30; 41; 44; 46, último párrafo; 48; 72; 75, fracción II; 78; 79; 83; 86; 87, fracciones I, II, IV, VI, VIII, y IX; 95; 97, párrafo primero; 100; 103; 104 y 139 y se **ADICIONAN** el artículo 29 Bis; un último párrafo al artículo 74; un último párrafo al artículo 75 y un último párrafo al artículo 101 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, para quedar como sigue:

“Artículo 20. Los Regímenes Estatales asignarán a cada familia beneficiaria a un centro de salud para su atención primaria y en caso de existir más de una opción, se les brindará la facilidad de elegir su unidad de adscripción.

Artículo 23. Para brindar certidumbre respecto a la calidad, que incluye capacidad y seguridad, en la prestación de los servicios del Sistema, los establecimientos prestadores de servicios de atención médica requerirán de la acreditación correspondiente en los términos de los artículos 77 Bis 9 de la Ley y 25 de este Reglamento. Lo anterior, sin menoscabo del cumplimiento de otras disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables en la materia.

Artículo 24. Los prestadores de servicios esenciales y de los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos deberán sujetarse a los requerimientos definidos por la Secretaría en los términos de la Ley, de este Reglamento y del Manual de Acreditación, sin menoscabo del cumplimiento de otras disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables en la materia.

Artículo 25. La acreditación se documentará mediante el dictamen correspondiente, el cual será favorable si cumple con la calidad a que se refiere el artículo 23 del presente Reglamento y constituirá un requisito previo para que los prestadores de servicios de atención médica sean incorporados al Sistema.

Artículo 26. La acreditación es el resultado de un procedimiento de evaluación inicial de las condiciones bajo las cuales se ejerce la práctica médica con la cual los establecimientos prestadores de servicios de atención médica otorgan los servicios cubiertos por el Sistema. La Secretaría emitirá el Manual para la Acreditación para la aplicación del proceso de evaluación correspondiente.

Artículo 28. La Comisión establecerá prioridades para la acreditación de prestadores de servicios de atención médica del Sistema y tendrá la capacidad de verificar el alcance de dicha acreditación.

El Manual para la Acreditación a que se refiere el artículo 26 contendrá los lineamientos para la acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica en los que se especificará, adicionalmente a lo estipulado en el artículo 77 Bis 9 de la Ley, al menos lo relacionado con lo siguiente:

I. Procedimiento para la obtención del dictamen de acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica que atienden servicios esenciales y los cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos;

II. Requisitos de mejora continua que habrán de cumplir las unidades para renovar la acreditación durante el procedimiento de reacreditación;

III. Procedimiento en caso de dictamen no favorable, así como el contenido mínimo del Plan de Contingencia;

IV. Procedimiento de supervisión y suspensión de la acreditación;

V. Los criterios mayores y las características de las cédulas de evaluación que aplicarán en el procedimiento de acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica.

Para efectos de lo dispuesto en esta fracción, los criterios mayores estarán basados en requisitos esenciales que al incumplirse podrán impedir el seguimiento de la evaluación respectiva, y

VI. El perfil técnico que tendrá el personal para realizar el proceso de acreditación y supervisión.

Artículo 29 Bis. Cuando un establecimiento prestador de servicios de atención médica puso en riesgo la seguridad de los beneficiarios del Sistema o trabajadores de salud, o haya incumplido los requerimientos de la acreditación, la Secretaría lo hará del conocimiento del prestador de servicios, para que en el término de veinte días hábiles presente lo que a su derecho convenga.

Si derivado de las actuaciones a que se refiere el párrafo anterior, se demuestra el incumplimiento de los requerimientos de la acreditación, la Secretaría suspenderá la acreditación al establecimiento prestador de servicios de atención médica, comunicándolo a la Comisión.

Los establecimientos médicos tendrán un plazo de seis meses para solventar los incumplimientos por los cuales se suspenda la acreditación a que se refiere este artículo.

Artículo 30. De conformidad con el artículo 77 Bis 38 de la Ley, los beneficiarios deberán cuidar de su salud, por lo cual al incorporarse al Sistema recibirán la Cartilla Nacional de Salud que les corresponda, de acuerdo con su edad y sexo, en caso contrario podrán exigirla, misma que deberán presentar en toda atención de salud que soliciten.

La falta de presentación de la Cartilla Nacional de Salud no podrá ser motivo para negar la atención médica.

Artículo 41. Con la incorporación al Sistema, los beneficiarios recibirán la credencial a que se refiere la fracción II del artículo 77 Bis 38 de la Ley, entendiéndose por ésta cualquier documento y/o mecanismo que los acredite como beneficiarios del Sistema, expedido por los Regímenes Estatales bajo los lineamientos que para tal efecto emita la Comisión.

El documento y/o mecanismo a que se refiere el párrafo anterior, servirá para identificar al beneficiario como afiliado al Sistema y para comprobar su vigencia de derechos y le permitirá el acceso pleno a todos los servicios cubiertos por el Sistema.

Como parte de la incorporación al Sistema, previa asignación a un centro de salud, así como un médico, cada uno de los beneficiarios podrá requerir y obtener en su oportunidad, la Cartilla Nacional de Salud a que se refiere el artículo 30 de este Reglamento.

Artículo 44. El inicio de vigencia de derechos del Sistema para los beneficiarios comenzará el mismo día de su incorporación, contemplando doce meses calendario de vigencia.

La vigencia de derechos podrá ser constatada en las unidades prestadoras de servicios mediante el documento o mecanismo a que se refiere el artículo 41 de este Reglamento o por los instrumentos que determine la Comisión como válidos para tales efectos y que formen parte del proceso de incorporación al Sistema.

Artículo 46. ...

Para efectos de lo establecido en la fracción III del artículo 77 Bis 40 de la Ley, respecto de la derechohabencia de la seguridad social, se hará uso del dictamen de cotejo de padrones a que se refiere el artículo 52 de este Reglamento.

Artículo 48. Cuando los Regímenes Estatales tengan conocimiento de que una familia o persona se ubique en alguno de los supuestos de suspensión o cancelación a que se refieren los artículos 77 Bis 39 y 77 Bis 40 de la Ley, deberán informarlo por escrito a la Comisión.

La Comisión, con base en los principios que establecen los artículos 77 Bis 39, 77 Bis 40 y el Título Décimo Octavo de la Ley, así como en lo previsto en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, procederá a la suspensión o cancelación de beneficios.

Artículo 72. Se entenderá por evaluación del Sistema al estudio con bases científicas, diseñado específicamente para medir y explicar en qué medida y con qué eficiencia se están alcanzando los objetivos y metas definidas en la operación del Sistema. Los resultados de la evaluación permitirán adecuar las

estrategias de operación y la definición de las políticas relacionadas con el Sistema, debiendo contribuir con información para los procesos de transparencia y rendición de cuentas, debiendo la Comisión publicar, a través de los medios de comunicación electrónicos, los resultados obtenidos en la evaluación una vez que se cuenten con ellos.

Artículo 74. ...

Para efectos de transparencia, la Comisión publicará el desempeño anual de los Regímenes Estatales de acuerdo con las evaluaciones y metas del Sistema.

Artículo 75. ...

I. ...

II. Gerencial, que tomará en consideración la identificación de las condiciones socioeconómicas de la población objetivo, la definición y el manejo de los recursos, los procesos de credencialización, la eliminación de barreras financieras y organizacionales para el acceso a los servicios, el abasto y el acceso a los medicamentos asociados a los servicios de salud a la persona, así como el trato que reciben los beneficiarios del Sistema en los establecimientos para la atención médica del Sistema.

Para efectos de lo dispuesto en esta fracción, se podrá contar con una estimación de riesgos, que considerará factores tales como ciclo económico; fenómenos de migración; evolución del costo de los tratamientos y medicamentos; los costos laborales, y en general cualquier otro factor que afecte la capacidad de los aportantes para cumplir con los objetivos del Sistema, y

III. ...

Los Regímenes Estatales deberán entregar la información que les corresponda.

Artículo 78. Con objeto de determinar el monto anual correspondiente a la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, para financiar los servicios de salud a la persona cubiertos por el Sistema, el número de personas beneficiarias por entidad federativa se cuantificará anualmente por la Comisión a partir del Padrón vigente al término del año fiscal inmediato anterior, de la proyección de la población beneficiaria potencial, de la capacidad existente para la provisión de los servicios y de las metas de incorporación de personas al Sistema, con criterios de equidad en la distribución de la meta nacional, según se convenga con las entidades federativas en los anexos de los acuerdos de coordinación correspondientes y tomando en consideración la disponibilidad de recursos presupuestarios para el ejercicio fiscal correspondiente.

Artículo 79. Para efectos del artículo 78 de este Reglamento, la Secretaría proporcionará anualmente a la Comisión la información sobre las proyecciones de la población beneficiaria potencial por entidad federativa expresada en número de personas conforme a los criterios metodológicos correspondientes.

Artículo 83. El monto total de recursos federales correspondientes a la cuota social por persona beneficiaria a que hace referencia el artículo 77 Bis 12 de la Ley será determinado de forma anual conforme a lo establecido por dicho artículo y por el artículo 78 de este Reglamento.

Artículo 86. Los gobiernos de las entidades federativas promoverán la concordancia en los conceptos y calendarios de los presupuestos estatales con los federales para relacionar los compromisos de recursos con base en el número de personas beneficiarias y la calendarización presupuestal. Para tales efectos, los gobiernos de las entidades federativas enviarán a la Comisión información sobre el presupuesto estatal aprobado por el congreso estatal y la calendarización correspondiente.

Artículo 87. ...

I. La Secretaría determinará anualmente el monto total de recursos federales disponibles para el Fondo, previa aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por lo que se refiere a la congruencia con los criterios generales de política económica y la disponibilidad de recursos para el ejercicio fiscal correspondiente, fijando como monto disponible la aportación solidaria federal promedio nacional por persona beneficiaria equivalente a una y media veces el monto de la cuota social, conforme lo establece la fracción II del artículo 77 Bis 13 de la Ley y con base en el artículo 78 de este Reglamento;

II. ...

$$ASF_t = FASP_t = FASP_t^P + FASP_t^N + FASP_t^E + FASP_t^D$$

En donde:

ASF_t = aportación solidaria federal total en el año a presupuestar t;

$FASP_t$ = Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona en el año a presupuestar t;

$FASP_t^P = \alpha FASP_t$ = Componente de asignación por persona beneficiaria del Sistema en el año a presupuestar t;

$FASP_t^N = \beta FASP_t$ = Componente de asignación por necesidades de salud en el año a presupuestar t;

$FASP_t^E = \gamma FASP_t$ = Componente de asignación por esfuerzo estatal en el año a presupuestar t, y

$FASP_t^D = \phi FASP_t$ = Componente de asignación por desempeño en el año a presupuestar t.

III. ...

IV. A partir del monto de recursos disponible para el componente de asignación por persona beneficiaria del Sistema en el año a presupuestar, la asignación correspondiente a cada entidad federativa será proporcional al número de personas beneficiarias en la entidad, conforme a la siguiente ecuación:

$$FASP_{i,t}^P = FASP_t^P \left[\frac{n_{i,t}}{\sum_{i=1}^{32} n_{i,t}} \right] \quad (2)$$

En donde:

$FASP_{i,t}^P$: Asignación por persona beneficiaria para la entidad i en el año a presupuestar t .

$FASP_t^P$: Componente de asignación por persona beneficiaria del Sistema en el año a presupuestar t .

$n_{i,t}$: Número de personas beneficiarias del Sistema en la entidad i estimadas para el año a presupuestar t .

$\sum_{i=1}^{32} n_{i,t}$: Total de **personas** beneficiarias del Sistema en las entidades federativas en el año a presupuestar t .

V. ...

VI. A partir del monto disponible para el componente de asignación por esfuerzo estatal en el año a presupuestar, la entidad federativa recibirá una asignación proporcional a las aportaciones adicionales que ésta realice. Por aportación adicional se entenderá el monto de recursos erogados para el financiamiento, tanto de los servicios de salud a la persona para los beneficiarios, como de los servicios de salud a la comunidad, en adición a lo establecido en el artículo 77 Bis 13 fracción I de la Ley y hasta por un monto equivalente a dos veces la aportación solidaria estatal definida en la Ley. Lo anterior, conforme a la siguiente ecuación:

$$FASP_{i,t}^E = FASP_t^E \left[\frac{e_{i,t}}{\sum_{i=1}^{32} e_{i,t}} \right] \quad (5)$$

En donde:

$FASP_{i,t}^E$: Asignación por esfuerzo estatal para la entidad i en el año a presupuestar t .

$FASP_t^E$: Componente de asignación por esfuerzo estatal del Sistema en el año a presupuestar t .

$e_{i,t}$: Aportación adicional a considerar para la entidad i en el año a presupuestar t , tal que:

$$e_{i,t} = \min(e_{i,t-1}^*, 2E_{1,t-1}^{\min}) \text{ y}$$

$$e_{i,t-1}^* = \begin{cases} E_{i,t-1} - E_{i,t-1}^{\min}; & E_{i,t-1} > E_{i,t-1}^{\min} \\ 0 & ; \text{ de otro modo} \end{cases}$$

$e_{i,t-1}^*$: Diferencia estrictamente positiva o 0 entre la aportación estatal observada y la de Ley por persona, para la entidad i en el año a presupuestar anterior, $t-1$.

$E_{i,t-1}$: Monto de recursos aportado, por persona, por la entidad i en el año fiscal inmediato anterior y que será considerado en el cálculo de la asignación en el año a presupuestar t ; en este monto podrá considerarse el financiamiento tanto de los servicios de salud a la persona como de los servicios de salud a la comunidad;

$E_{i,t-1}^{\min}$: Monto total de la aportación solidaria estatal, por persona, definida conforme a la fracción I del artículo 77 Bis 13 de la Ley correspondiente a la entidad i en el año fiscal inmediato anterior y que será considerada en el cálculo de la asignación en el año a presupuestar t ;

$\sum_{i=1}^{32} e_{i,t}$: Total de aportaciones adicionales de las entidades federativas pertenecientes al Sistema en el año a presupuestar t .

VII. ...

VIII. La Secretaría determinará anualmente los parámetros $\alpha, \beta, \gamma, \phi$ necesarios para definir la participación de cada uno de los componentes de asignación: por persona beneficiaria, por necesidades de salud, por esfuerzo estatal y por desempeño, respectivamente, como parte de la fórmula. Asimismo, definirá el valor del parámetro θ para definir la participación de los componentes del ajuste de necesidades de salud en función de la población infantil y adulta, respectivamente.

El factor α de dicha fórmula, correspondiente al componente de asignación por persona beneficiaria del Sistema no podrá ser menor al ochenta por ciento de la aportación solidaria federal, y

IX. La Secretaría dará a conocer anualmente, mediante publicación en el Diario Oficial de la Federación durante el primer semestre del año correspondiente y conforme a la aprobación del presupuesto federal, la información relativa al número de familias beneficiarias del Sistema desagregada por personas, la población no derechohabiente de la seguridad social ajustada por necesidades de salud, las aportaciones solidarias estatales y el desempeño por entidad federativa, el peso porcentual de cada uno de los componentes de la fórmula establecida en este artículo, así como la metodología bajo la cual se llevó a cabo el cálculo correspondiente para cada ejercicio presupuestal.

Artículo 95. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos al que se refieren los artículos 77 Bis 17 y 77 Bis 29 de la Ley, es un fondo sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo y medicamentos asociados que generan gastos catastróficos para los prestadores de servicios de salud del Sistema.

Para efectos del párrafo anterior, el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo de los que provocan gastos catastróficos y medicamentos asociados, estará dirigido a apoyar la atención integral principalmente de los beneficiarios del Sistema, en la cual deberán contemplarse de manera incluyente, las intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, en términos de lo que establece el artículo 77 Bis 29 de la Ley, y demás disposiciones aplicables.

Artículo 97. El Gobierno Federal canalizará al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos el porcentaje de los recursos referidos en el artículo 77 Bis 17 de la Ley, a través del fideicomiso que al efecto constituya el Ejecutivo Federal. Durante el ejercicio fiscal deberán realizarse los ajustes y compensaciones necesarios de las aportaciones que correspondan tanto al Gobierno Federal como a las entidades federativas, en términos de la Ley, conforme lo determina el artículo 80 del presente Reglamento.

...

Artículo 100. Los gastos catastróficos definidos por el Consejo de Salubridad General serán incluidos por la Secretaría a través de la Comisión, en la cobertura del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en forma gradual. La secuencia y alcance de estos servicios responderá a criterios de disponibilidad de los recursos del citado fondo y aquellos que determine al efecto la Secretaría de acuerdo a la Ley.

Artículo. 101. ...

La Secretaría, de conformidad con las Reglas de Operación del fideicomiso a que hace referencia el artículo 77 Bis 29 de la Ley, emitirá los lineamientos operativos para la administración y operación de los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos relacionados con la priorización del financiamiento de los gastos catastróficos señalados en el Catálogo de Intervenciones que refiere el párrafo anterior, incluyendo aquéllos relacionados con el fortalecimiento de la infraestructura médica de alta especialidad.

Artículo 103. Para la mejor atención de los gastos catastróficos, los prestadores de servicios de atención médica deberán utilizar protocolos de atención médica y guías clínico-terapéuticas, sustentadas en medicina basada en evidencia científica y aprobadas por la Comisión, permitiendo homogeneizar criterios de atención para una mejor práctica médica, y en cuya elaboración participarán profesionales expertos en la materia. Los gastos y el alcance de las intervenciones que cubrirá el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos serán definidos con base en dichas guías clínico-terapéuticas y en los protocolos de atención médica.

Artículo 104. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos cubrirá los gastos generados principalmente por los beneficiarios del Sistema, conforme a las tarifas que al respecto establezca la Comisión, en vinculación con los protocolos de atención médica y las guías clínico-terapéuticas señaladas en el artículo 103 de este Reglamento a los prestadores autorizados incorporados al Sistema, conforme a las Reglas de Operación del Fideicomiso.

Artículo 139. Los Regímenes Estatales pondrán a disposición del público por medios remotos o locales, de comunicación electrónica, la información relativa al manejo financiero del Sistema, al cumplimiento de sus metas y a la evaluación de satisfacción del usuario."

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO. Para efectos de lo establecido en el artículo 24 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se utilizarán los Requerimientos establecidos en el Manual para Acreditación.

La Secretaría de Salud, publicará el Manual a que se refiere el párrafo anterior, dentro del término de seis meses contados a partir de la publicación del presente Decreto.

Hasta en tanto sea publicado el Manual a que se refiere el presente artículo, la Secretaría de Salud, ejercerá sus atribuciones en términos de las disposiciones vigentes que resulten aplicables.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los siete días del mes de junio de dos mil once.- **Felipe de Jesús Calderón Hinojosa.**- Rúbrica.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **Ernesto Javier Cordero Arroyo.**- Rúbrica.- El Secretario de Salud, **José Ángel Córdova Villalobos.**- Rúbrica.