

## SECRETARIA DE SALUD

**ACUERDO por el que se modifica el diverso por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, publicado el 26 de febrero de 2008.**

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 21, 31, 34, 37 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y 19 de la Ley de Planeación, y

### CONSIDERANDO

Que el 26 de febrero de 2008 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, la cual tiene por objeto llevar a cabo el proceso de negociación anual de precios de medicamentos y demás insumos para la salud contenidos en el Cuadro Básico para el primer nivel de atención médica y Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, que cuenten con patente vigente y que sean objeto del procedimiento de adjudicación directa;

Que la motivación detrás de la creación de dicha Comisión responde a la necesidad de garantizar las mejores condiciones de compra para el sector público a fin de mejorar la disponibilidad y acceso a medicamentos y demás insumos para la salud, a través de un proceso institucionalizado y transparente de negociación directa de precios con los oferentes de estos bienes, en aquellos casos en que el marco jurídico aplicable a los procesos de adquisiciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal así lo permita;

Que conforme a lo dispuesto por los artículos 40 y 41 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, es posible jurídicamente que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, cumpliendo los requisitos previstos en dichas disposiciones, opten por no llevar a cabo el procedimiento de licitación pública y celebrar contratos a través de los procedimientos de invitación a cuando menos tres personas o de adjudicación directa, cuando no existan bienes alternativos o sustitutos técnicamente razonables, o bien, cuando en el mercado sólo exista un posible oferente, o se trate de una persona que posea la titularidad o el licenciamiento exclusivo de patentes, derechos de autor, u otros derechos exclusivos;

Que la existencia de una persona en el mercado que cuente con la titularidad o el licenciamiento de una patente vigente, constituye solamente uno de los supuestos legales en los que se permite a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, optar por llevar a cabo un procedimiento de excepción a la licitación pública para adquirir los medicamentos e insumos para la salud que requieran;

Que algunos productos no necesariamente cuentan con una patente vigente pero son ofrecidos por un sólo oferente o pueden constituir la única alternativa técnicamente razonable y disponible en el mercado para atender un padecimiento y, por lo tanto, mantienen una posición dominante en el mercado, pudiéndose ubicar en alguna de las hipótesis de excepción a la licitación pública que prevé la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, como pudieran ser: productos biotecnológicos no sujetos de protección de patente; productos que hayan perdido la patente de manera muy reciente y para los cuáles aún no se cuente con versiones genéricas comercializadas por otros oferentes en México; productos susceptibles de ser sujetos de la protección denominada como "exclusividad de datos" establecida con fundamento en los tratados de libre comercio de los que México es parte; o bien, medicamentos huérfanos dirigidos a un número muy reducido de personas que padecen enfermedades raras y cuya producción es económicamente viable solamente cuando hay un solo productor sumamente especializado en ese nicho de mercado a nivel mundial;

Que en estos casos, la negociación directa y colectiva también es factible y deseable a fin de evitar ineficiencias derivadas de la negociación fragmentada y la dispersión injustificada en los precios de compra;

Que, por otra parte y en aras de que el proceso de negociación y los acuerdos alcanzados por la Comisión sean consistentes con el marco jurídico que rige las adquisiciones en el sector público, se cuenta con la participación de la Secretaría de la Función Pública en calidad de asesor permanente, y que bajo esta misma razón es deseable también asegurar que el quehacer de la Comisión sea consistente con el marco jurídico que protege el proceso de competencia y libre concurrencia cuya aplicación está a cargo de la Comisión Federal de Competencia, y

Que bajo este contexto y con el fin de ampliar el objeto de la Comisión para incorporar el caso de medicamentos y demás insumos para la salud ofrecidos por un sólo oferente o que constituyan la única alternativa técnicamente razonable disponible en el mercado, que no necesariamente cuenten con patente vigente y para los cuales se demuestre que se actualiza alguno de los supuestos de excepción a la licitación pública establecidos en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y en aras de asegurar la consistencia entre el quehacer de la Comisión y el marco jurídico que protege el proceso de competencia y libre concurrencia en los mercados, he tenido a bien expedir el siguiente:

**ACUERDO por el que se modifica el diverso por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de febrero de 2008.**

**Artículo Único.** Se **reforman** los numerales SEGUNDO, TERCERO, CUARTO fracciones I, II, y III, QUINTO segundo y cuarto párrafo, DÉCIMO fracción VI, DÉCIMO TERCERO, DÉCIMO CUARTO, DÉCIMO QUINTO tercer párrafo y se **adicionan** al numeral CUARTO las fracciones I bis y IV bis al Acuerdo por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de febrero de 2008, para quedar como sigue:

**PRIMERO.- ...**

**SEGUNDO.-** La Comisión tiene por objeto llevar a cabo el proceso de negociación anual de precios de medicamentos y demás insumos para la salud contenidos en el Cuadro Básico para el primer nivel de atención médica y Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, cuya adquisición sea posible llevar a cabo mediante el procedimiento de contratación de adjudicación directa en términos de lo dispuesto por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, siempre y cuando se encuentren en alguno de los supuestos siguientes:

- I. Que cuenten con patente vigente,
- II. Aquéllos respecto de los cuales sólo existe un posible oferente en el mercado, o
- III. Aquéllos respecto de los cuales no existan medicamentos y demás insumos para la salud alternativos o sustitutos técnicamente razonables.

**TERCERO.-** Para efectos de este Acuerdo, se entiende por:

- I. **Comisión:** La Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud;
- II. **Comprador público:** Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal responsables del financiamiento y adquisición de medicamentos y otros insumos para la salud como parte de sus funciones en materia de prestación de servicios de salud a su población beneficiaria o a la población en general;
- III. **Cuadro Básico y Catálogo:** El Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel;
- IV. **Ley de Adquisiciones:** La Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público;
- V. **Licenciatario exclusivo:** La persona que tenga concedida y debidamente inscrita en el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial una licencia de explotación de una patente, de conformidad con lo establecido en la Ley de la Propiedad Industrial;

- VI. Medicamentos y demás insumos para la salud sujetos a negociación:** Los productos que cuenten con una clave contenida en el Cuadro Básico y Catálogo que, al momento en que se tenga programada su adquisición, se encuentren en alguno de los supuestos a que hace referencia el numeral SEGUNDO del presente Acuerdo, de conformidad con la Ley de Adquisiciones;
- VII. Patente vigente:** La protección de la propiedad industrial derivada del otorgamiento de una patente de invención por parte del Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial en los términos de la Ley de la Propiedad Industrial y que se encuentre vigente en el año durante el cual se piensa llevar a cabo la adquisición, y
- VIII. Precio:** La contraprestación que se paga por la adquisición de cada medicamento u otro insumo para la salud, negociado por la Comisión para los compradores públicos.

**CUARTO.-** Corresponde a la Comisión el desempeño de las siguientes funciones:

- I.** Ser la instancia única para la negociación anual de precios de adquisición para el sector público de los medicamentos y demás insumos para la salud sujetos a negociación;
- I bis.** Determinar el universo de los medicamentos y demás insumos para la salud sujetos a negociación y verificar que los mismos se encuentran en alguno de los supuestos a que hace referencia el numeral segundo del presente Acuerdo, y que por lo tanto se puede utilizar el procedimiento de adjudicación directa a que se refiere la Ley de Adquisiciones;
- II.** Preparar los elementos técnicos y económicos que deberán ser tomados en cuenta para efectuar la negociación, como son el análisis de la información relativa a la demanda estimada de los compradores públicos y, en su caso, de otras instancias de los gobiernos de las entidades federativas y de los municipios, a fin de estimar un volumen mínimo garantizado de compra pública; evidencia de evaluaciones económicas de los costos y beneficios del medicamento o insumo para la salud sujeto a negociación, con respecto a otras intervenciones en salud y la existencia de sustitutos terapéuticos; condiciones de compra en mercados internacionales relevantes, incluyendo precios; precios de compra observados en el sector público; condiciones de pago por parte de los compradores públicos y por parte del particular, y cualquier otro factor técnico que se considere relevante para informar la negociación;
- III.** Recopilar información sobre los precios observados de adquisición en el sector público de medicamentos y demás insumos para la salud sujetos a negociación, para sustentar futuras negociaciones;
- IV. ...**
- IV bis.** Solicitar a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios información sobre el número y la titularidad de los registros sanitarios y permisos de importación vigentes de medicamentos y demás insumos para la salud sujetos a negociación;

**V. a la X. ...**

...

**QUINTO.-...**

La Secretaría de la Función Pública y la Comisión Federal de Competencia participarán como asesores permanentes de la Comisión fundando y motivando el sentido de sus opiniones.

...

Los Titulares de la Secretaría de la Función Pública y de la Comisión Federal de Competencia, respectivamente, designarán a los servidores públicos que participarán como asesores permanentes de la Comisión, quienes, a su vez, nombrarán a su respectivo suplente. En todo caso los representantes designados deberán tener el nivel jerárquico mínimo de Director General.

...

...

**SEXTO a NOVENO.- ...****DÉCIMO.- ...**

...

I a la V. ...

VI. Proponer a la Comisión al líder y demás integrantes del equipo responsable de la negociación de cada medicamento y demás insumos para la salud sujetos a negociación, tomando en cuenta la importancia relativa de cada institución en los volúmenes anuales de compra, y

VII. ...

**DÉCIMO PRIMERO y DÉCIMO SEGUNDO.- ...**

**DÉCIMO TERCERO.-** Los gobiernos de las entidades federativas y de los municipios que participen en el financiamiento y adquisición de medicamentos y demás insumos para la salud, como parte de la prestación de servicios de salud, podrán beneficiarse de los resultados de la negociación derivada de la aplicación de este instrumento, siempre y cuando así se hubiere acordado por la Comisión con quienes ofrezcan los medicamentos y demás insumos para la salud a que se refiere el numeral SEGUNDO del presente Acuerdo.

Para ello la Comisión, por conducto de la Secretaría de Salud, promoverá la adhesión de las entidades federativas al precio negociado de los Medicamentos y demás insumos para la salud.

**DÉCIMO CUARTO.-** El universo de medicamentos y demás insumos para la salud sujeto a negociación, es el conjunto de claves incluidas en el Cuadro Básico y Catálogo que al momento en que se tenga programada su adquisición, se encuentre en alguno de los supuestos a que hace referencia el numeral SEGUNDO del presente Acuerdo.

Para cumplir con lo anterior, la Comisión solicitará la siguiente información previo al proceso de negociación anual:

- I. Al Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial, un listado que deberá incluir el estado que guarde la vigencia de patentes para los medicamentos y demás insumos para la salud contenidos en el Cuadro Básico y Catálogo, y
- II. A la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, un listado que deberá incluir la información sobre los registros sanitarios y permisos de importación vigentes asociados a los medicamentos y demás insumos susceptibles de ser sujetos a negociación.

**DÉCIMO QUINTO.- ...**

...

Si con posterioridad a la negociación se incorpora al Cuadro Básico y Catálogo algún nuevo medicamento o insumo para la salud que cumpla con los criterios para ser sujeto a negociación, la Comisión podrá realizar negociaciones extraordinarias que permitan a los compradores públicos obtener mejores precios para dichos medicamentos e insumos en caso de que decidan incorporarlos como parte de sus programas anuales de adquisición.

**DÉCIMO SEXTO.- ...****TRANSITORIOS**

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

**SEGUNDO.-** La Comisión realizará las adecuaciones correspondientes a sus reglas de operación dentro de los sesenta días hábiles siguientes a la entrada en vigor del presente Acuerdo.

Dado en la Residencia del Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, a diecisiete de agosto de dos mil doce.- **Felipe de Jesús Calderón Hinojosa.-** Rúbrica.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **José Antonio Meade Kuribreña.-** Rúbrica.- El Secretario de Economía, **Bruno Francisco Ferrari García de Alba.-** Rúbrica.- El Secretario de la Función Pública, **Rafael Morgan Ríos.-** Rúbrica.- El Secretario de Salud, **Salomón Chertorivski Woldenberg.-** Rúbrica.

**PROYECTO de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud; para quedar como Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.**

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

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3, fracciones I y X, 7, fracciones V y X, 13, apartado A, fracción I, 104, 105, 106, 107, 108 y 109 de la Ley General de Salud; 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41, 43, 45, 47, fracción I y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3, 4, 20, 21, 22, 45, 46, 47 y 78 de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica; 28, 33 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 8, fracciones V y XVI, 9, fracciones IV Bis y VI, 16, fracción XV y 24 fracción IX del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación del:

**PROYECTO DE MODIFICACION DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-040-SSA2-2004, EN MATERIA DE INFORMACION EN SALUD; PARA QUEDAR COMO PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-035-SSA3-2012, EN MATERIA DE INFORMACION EN SALUD**

El presente Proyecto de Modificación, 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 en idioma español ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, sito en Lieja No. 7, 1er. piso, Col. Juárez, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06696, México, D.F., teléfonos (55) 55 53 69 30 y 52 86 17 20, fax 52 86 17 26, o bien al correo electrónico fajardo.german@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, los análisis que sirvieron de base para la elaboración del presente Proyecto de Modificación y la Manifestación de Impacto Regulatorio estarán a disposición del público en general, para su consulta, en el domicilio del mencionado Comité de Normalización, o bien en el portal electrónico de Manifestaciones de Impacto Regulatorio [www.cofemermir.gob.mx](http://www.cofemermir.gob.mx).

**CONSIDERANDOS**

Que el 28 de septiembre de 2005 se publicó, en el Diario Oficial de la Federación, la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, "En Materia de Información en Salud", la cual 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 Sistema Nacional de Salud, y es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los establecimientos, personas físicas y morales del Sistema Nacional de Salud de los sectores público, social y privado, que proporcionen servicios de atención a la salud.

Que dicha norma ha permitido contar con un sistema único, oportuno e integrador, que administra los datos, la información y los conocimientos que sirven de apoyo para conformar un sistema de salud universal y equitativo, de alta calidad y anticipatorio, descentralizado y participativo, que oriente al proceso de planeación, la gestión de programas y servicios, así como a la toma de decisiones.

Que el Sistema Nacional de Salud debe contar con la infraestructura de información que apoye los procesos de toma de decisiones de los diferentes actores y usuarios del Sistema, y contar con indicadores que impulsen las acciones de equidad, calidad y protección financiera en salud.

Que la Dirección General de Información en Salud, consciente de estas responsabilidades, ha impulsado la revisión de esta norma, dando así cumplimiento a las disposiciones establecidas en el marco legal correspondiente.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación del Proyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En Materia de Información en Salud, para quedar como PROY-NOM-035-SSA3-2012, En Materia de Información en Salud.

**PREFACIO**

En la elaboración de esta norma participaron:

SECRETARIA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE INTEGRACION Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Dirección General de Información en Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dirección General de Evaluación del Desempeño

SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Dirección General de Epidemiología

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud

Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia

UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACION Y PARTICIPACION SOCIAL

UNIDAD DE ANALISIS ECONOMICO

SECRETARIA DE GOBERNACION

Dirección General del Registro de Población e Identificación Personal

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

Dirección General de Sanidad

SECRETARIA DE MARINA – ARMADA DE MEXICO

Dirección General Adjunta de Sanidad Naval

SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Dirección de Finanzas

Unidad del Programa IMSS-Oportunidades

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Dirección Médica

Dirección de Finanzas

PETROLEOS MEXICANOS

Subdirección de Servicios de Salud

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Dirección General de Profesionalización de la Asistencia Social

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y GEOGRAFIA

Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas

ASOCIACION NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS A.C.

ASOCIACION MEXICANA DE INSTITUCIONES DE SEGUROS A.C.

NUEVO SANATORIO DURANGO

**INDICE**

0. Introducción
1. Objetivo y Campo de Aplicación
2. Referencias
3. Definiciones
4. Abreviaturas
5. Generalidades
6. Flujos de Información
7. Aspectos Específicos
8. Subsistema de Población y Cobertura
9. Subsistema de Recursos para la Salud
10. Subsistema de Servicios para la Salud
11. Subsistema de Nacimientos
12. Subsistema de Daños a la Salud
13. Solicitud de Información
14. Acceso, Difusión y Uso de la Información en Salud
15. Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas
16. Bibliografía
17. Vigilancia
18. Vigencia
- 0. Introducción**

La Dirección General de Información en Salud tiene bajo su responsabilidad, entre otras atribuciones, la de obtener y analizar la información estadística generada por la Secretaría de Salud, el Sector Salud y los establecimientos privados que presten servicios de atención médica, para elevar la calidad, confiabilidad y oportunidad del Sistema Nacional de Información en Salud.

La generación de información en salud en México debe responder a los cambios en los perfiles demográficos y epidemiológicos del país, y a las transformaciones de las instituciones de atención a la salud que han incorporado nuevas metodologías, tecnologías e indicadores. Cambios requeridos para transitar de una multiplicidad de sistemas institucionales de información a un Sistema Nacional de Información en Salud, en el marco del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, coordinado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), cuya finalidad es suministrar a la sociedad y al Estado información de calidad, pertinente, veraz y oportuna a efecto de coadyuvar al desarrollo nacional, en el que participan las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los poderes Legislativo y Judicial de la Federación, los gobiernos de las entidades federativas, los organismos constitucionales autónomos y los tribunales administrativos federales, a través de la utilización de principios y normas homogéneas para generar, integrar y difundir información estadística y geográfica.

La aplicación de esta norma permitirá contar con 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, así como la toma de decisiones.

**1. Objetivo y campo de aplicación****1.1 Objetivo**

Esta norma tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para captar, integrar, producir, procesar, sistematizar y divulgar la información en salud.

**1.2 Campo de aplicación**

Esta norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todas aquellas personas y establecimientos de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que presten servicios de atención médica.

## 2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta norma es necesario consultar las siguientes normas oficiales mexicanas, o las que en su caso las modifiquen o substituyan:

**2.1** Norma Oficial Mexicana 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** Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

**2.3** Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.

**2.4** Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

**2.5** Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

**2.6** Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.

**2.7** Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.

## 3. Definiciones

Para efecto de esta norma 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 con esta característica, debe seleccionarse la que se considere causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse como afección principal el síntoma, hallazgo anormal o problema más importante.

**3.2 Afiliación**, a toda aquella inscripción al Sistema de Protección Social en Salud que tengan las personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o que no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud.

**3.3 Atención a la salud (servicio de atención a la salud)**, al conjunto de acciones coordinadas de promoción y/o 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 de profesionales y técnicos, con el fin de preservar la salud del individuo o recuperarla, en conjunto con la familia o la comunidad.

**3.4 Atención de consulta ambulatoria**, al servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud, para consulta o tratamiento sin que sea hospitalizada.

**3.5 Atención hospitalaria**, a la que se presta a pacientes hospitalizados para recibir atención médica o paramédica, sin importar el tiempo de estancia en la Unidad.

**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 la 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. Se consideran incluidas en esta definición las camas de servicios de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, de corta estancia, así como las camillas, canastillas y cunas de recién nacido.

**3.8 Causa Básica de Defunción**, a la 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.

**3.9 Causas de Defunción**, a todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones.

**3.10 Causas externas**, a la clasificación de acontecimientos ambientales y circunstancias como la causa de traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos. Cuando se registra una afección como traumatismo, envenenamiento u otro efecto de causas externas, es importante describir tanto la naturaleza de la afección como las circunstancias que la originaron.

**3.11 Certificado de Defunción**, al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción y las circunstancias que acompañaron el hecho. El Certificado de Defunción es requisito indispensable para el trámite del Acta de Defunción y no debe ser confundido con ésta, por lo tanto, no podrá ser utilizado en sustitución o como complemento del Acta para fines legales o administrativos.

**3.12 Certificado de Muerte Fetal**, al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho.

**3.13 Certificado de Nacimiento**, al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho. El Certificado de Nacimiento es requisito indispensable para el trámite del Acta de Nacimiento y no debe ser confundido con ésta, por lo tanto, no puede ser utilizado en sustitución o como complemento del Acta para fines legales o administrativos.

**3.14 Cirugía (intervención quirúrgica)**, al procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar o 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, pudiendo ser ésta dentro o fuera de una sala de operaciones.

**3.15 Clasificación de Procedimientos en Medicina**, al estándar de uso obligatorio en todo el país para la codificación y generación de estadísticas de procedimientos médicos: quirúrgicos y no quirúrgicos (de diagnóstico y terapéuticos); que permite la comparabilidad nacional. Para efectos de esta Norma se considera la versión vigente adoptada en nuestro país.

**3.16 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE)**, al estándar internacional de uso obligatorio en todo el país, para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes, que permite la comparabilidad nacional e internacional. Para efectos de esta Norma se considera la versión vigente adoptada en nuestro país.

**3.17 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)**, al estándar internacional que debe ser utilizado en todo el país para el estudio, codificación y generación de estadísticas de funcionamiento y discapacidad, que permiten la comparabilidad nacional e internacional. Para efectos de esta Norma se considerará la versión vigente adoptada en nuestro país.

**3.18 Clave Unica de Establecimientos de Salud (CLUES)**, al identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la DGIS de manera obligatoria en términos de las disposiciones jurídicas aplicables a cada establecimiento de salud (unidad médica fija o móvil, laboratorio, farmacia, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas) que exista en el territorio nacional, sea público o privado, y con la cual se identifica todo lo reportado por el establecimiento a cada uno de los subsistemas de información del SINAIS.

**3.19 Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS)**, al órgano colegiado de participación y consulta constituido conforme a la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica para fungir como la instancia de coordinación sectorial, donde se identifican y desarrollan acciones conjuntas para la captación, integración, producción, procesamiento, sistematización y difusión de la información, que sirvan de base para la consolidación del Sistema Nacional de Información en Salud y su vinculación con el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

**3.20 Consulta externa**, a la atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en el domicilio de dicho paciente, que consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente.

La consulta externa se clasifica como general cuando es otorgada por un médico general o de familia, mientras que se clasifica como de especialidad cuando es otorgada por un médico especialista, ya sea de alguna de las cuatro especialidades básicas o de cualquier subespecialidad.

**3.21 Consultorio**, al área física 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 necesarios para que personal médico y/o paramédico brinden el servicio de atención a la salud a pacientes ambulatorios. Se considera general cuando es utilizado para brindar atención para todo tipo de afecciones o padecimientos de medicina general, de especialidad cuando está destinado a la atención de una especialidad; de odontología, cuando se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación dirigidas a mantener o reintegrar el estado de salud bucal de las personas.

**3.22 Defunción (Muerte)**, a la extinción o pérdida de la vida. Desaparición permanente de todas las funciones vitales de una persona ocurridas después de ser declarado nacido vivo.

**3.23 Defunción (Muerte) Fetal**, a la pérdida de la vida de un producto de la concepción antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

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

**3.25 Derechohabencia**, al derecho que tienen las personas para recibir servicios médicos y/u otros servicios, que pueden ser provistas por instituciones de seguridad social dado que cumplen con lo establecido en las leyes y disposiciones legales que rigen a estas instituciones.

**3.26 Destino del paciente**, a la principal razón por la que el paciente es dado de alta después de recibir tratamiento médico en el área de hospitalización.

**3.27 Días 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, ocupando una cama censable, se cuenta como un día estancia. Se contabilizarán cero días de estancia cuando el paciente es atendido exclusivamente en los servicios de urgencias y/o de corta estancia, dado que en estos servicios ha utilizado una cama no censable.

**3.28 Discapacidad**, al término genérico que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

**3.29 Egreso hospitalario**, al evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos entre diferentes servicios dentro del mismo hospital.

**3.30 Establecimientos del sector salud**, a toda aquella unidad pública, social o privada, fija o móvil, y cualquiera que sea su denominación, que preste servicios dentro del sector salud. Para efectos de esta norma también son llamados establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

Dentro del concepto de establecimientos del sector salud se considera el de unidad médica, establecimientos de apoyo y unidades administrativas. Las unidades médicas son aquellas que cuentan con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos destinados a proporcionar atención médica a la población de acuerdo a su tipología y capacidad resolutive.

**3.31 Etnicidad**, a la pertinencia a un grupo cultural particular, cuyos miembros comparten la lengua, las creencias, costumbres, valores e identidad. El concepto de etnicidad no debe ser confundido con el de raza, que se refiere sólo a distinciones físicas y corporales.

**3.32 Funcionamiento**, al término genérico para designar las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la participación social del individuo. Indica los aspectos positivos de la interacción de un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

**3.33 Gasto en salud**, a todas aquellas erogaciones cuyo propósito primordial es la restauración, el mejoramiento y mantenimiento de la salud de los habitantes de un país durante un periodo de tiempo definido.

**3.34 Gasto privado en salud**, al gasto en salud realizado por los hogares, a través del gasto de bolsillo, así como por los seguros privados, las empresas e instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares, en un país y en determinado periodo de tiempo.

**3.35 Gasto público en salud**, a la suma de los desembolsos en salud por parte del Gobierno Federal, estatal o municipal, 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 dichas instituciones.

**3.36 Indicador**, a la cifra o dato que se acepta convencionalmente para medir o comparar los resultados obtenidos en la ejecución de un proyecto, proceso o programa. Permite dimensionar características de tipo cuantitativo o cualitativo.

**3.37 Información en salud**, a los datos, registros, conocimiento y evidencia relacionados con la generación, acceso, difusión y uso de: el personal, servicios, recursos, pacientes, tratamientos y resultados dentro del sector salud. La información en salud puede ser estadística, epidemiológica y financiera.

**3.38 Nacido vivo**, al producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire y presente signos vitales como frecuencia cardiaca, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical, y esté o no desprendida la placenta.

**3.39 Nacimientos ocurridos**, al total de nacimientos ocurridos en determinado periodo, generalmente de un año (incluye nacidos vivos y nacidos muertos).

**3.40 Nacimientos registrados**, al número de nacimientos inscritos en el Registro Civil en determinado periodo, generalmente de un año. Incluye a los nacidos vivos en el mismo año (registro oportuno) y a los nacidos en años anteriores (registro extemporáneo).

**3.41 Parto**, al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

**3.42 Parto normal**, al nacimiento por parto vaginal sin alguna variación o complicación, como sería la aplicación de maniobras o medicamentos para inducto-conducción.

**3.43 Parto complicado**, al nacimiento por parto vaginal que no se considera normal por haber requerido algún procedimiento como: inducto-conducción, aplicación de fórceps o aplicación de maniobras, como versión y extracción podálica.

**3.44 Personal administrativo**, a todos aquellos profesionales, técnicos y auxiliares del área que apoyan con funciones administrativas en la unidad médica.

**3.45 Personal médico**, a la persona autorizada legalmente, que desempeña labores relacionadas con la atención médica en beneficio de pacientes y de la comunidad. El personal médico se divide en:

**a)** Médico en contacto directo con el paciente, es el profesional en salud con título y cédula profesional que realiza actividades, propias de su profesión o especialidad, de atención directa a la salud de pacientes, no incluye a los que se desarrollan en áreas de apoyo técnico, investigación, docente y administrativo.

**b)** Médico residente, es el que se encuentra en proceso de formación para obtener el grado de especialista.

**c)** Pasante de medicina, es el egresado de la carrera de medicina con el 100% de los créditos académicos completados, pero que aún no cuenta con título y cédula profesional.

**d)** Interno de Pregrado, es el personal que cumple un ciclo académico teórico-práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo.

**e)** Médico en otras labores, es el que desempeña labores de apoyo técnico, investigación, docencia y/o administrativas en las unidades médicas.

**3.46 Personal paramédico**, a todo el personal dedicado al desarrollo de actividades en apoyo a la prestación de servicios médicos, dentro del cual se contempla personal profesional, técnico y auxiliar como lo son: trabajo social, dietología, archivo clínico y farmacia. Las enfermeras se excluyen del personal paramédico.

**3.47 Población indígena**, al conjunto de personas que se identifican con alguno de los siguientes criterios: i) autopertenencia, ii) hablante de lengua indígena o iii) residente de una localidad o municipio con 40% o más de habitantes con las características antes mencionadas.

**3.48 Población con seguridad social**, a las personas con derecho a recibir prestaciones en especie y/o en dinero conforme a lo establecido por las disposiciones legales que rigen cada institución de seguridad social. Incluye asegurados directos o cotizantes, pensionados, jubilados y sus beneficiarios.

**3.49 Población sin seguridad social**, a las personas que cuentan con derecho a recibir la atención a la salud derivada de la Responsabilidad Pública, en Instituciones, esquemas y/o programas como: los Servicios Estatales de Salud, IMSS-Oportunidades, DIF, y Seguro Popular; entre otros de similares características.

**3.50 Población con aseguramiento privado**, a las personas que, teniendo o no seguridad social, y con motivo de un contrato privado cuentan con derecho a recibir atención a la salud en los términos convenidos en virtud de dicho contrato.

**3.51 Procedimientos practicados**, al conjunto de actividades o intervenciones que realiza el médico o el personal de salud para diagnosticar, atender, curar, prevenir o tratar a las lesiones, enfermedades o problemas de salud.

**3.52 Recién nacido**, al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

**3.53 Reingreso**, al paciente que ingresa nuevamente a una unidad médica por la misma afección o diagnóstico principal, sin considerar algún límite de tiempo.

**3.54 Registro sobre atención de urgencias**, al registro por paciente, sin importar el tiempo de estancia en esta área, tomando en cuenta a los médicos responsables y a las interconsultas requeridas. El registro se llevará a cabo al dar de alta al paciente del área de urgencias.

**3.55 Residencia habitual**, al lugar donde se ubica el domicilio permanente del paciente.

**3.56 Servicio**, a la dependencia destinada a funciones técnicas especializadas (farmacia, laboratorio, obstetricia, cirugía). Debe contar con la dotación de recursos suficiente para el cumplimiento de las funciones específicas, y debe estar a cargo de un jefe especialista de servicio y tener el personal subalterno necesario.

**3.57 Servicio de corta estancia**, al servicio prestado dentro de la unidad hospitalaria destinada para dar atención médica o quirúrgica a pacientes con una estancia menor a 24 horas. Comprende atenciones programadas que utilizan camas no censables, por lo que no generan días estancia, y se otorgan en áreas destinadas para tal fin que presentan una alta rotación hospitalaria.

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

**3.59 Servicios no personales de salud**, a aquellos que se aplican al medio ambiente (por ejemplo, el saneamiento ambiental) o a la colectividad (por ejemplo, la educación masiva en salud) y que por lo tanto no son apropiables por un solo individuo en forma específica.

**3.60 Servicios personales de salud**, a aquellos que son proporcionados a un solo individuo en forma específica, como podría ser una consulta médica, la administración de un biológico, un procedimiento diagnóstico, etc.

**3.61 Sistema de Información en Salud (SIS)**, al conjunto de subsistemas o módulos que integran las actividades derivadas del proceso de atención a la salud, incluyendo los daños a la salud (morbilidad y mortalidad), nacimientos, población y cobertura, además de los recursos humanos, de infraestructura, materiales y financieros; con el propósito de producir y difundir información estadística la que es sustento del proceso para la toma de decisiones.

**3.62 Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG)**, al conjunto de Unidades organizadas a través de los Subsistemas Nacionales de Información, coordinadas por el INEGI y articuladas por la Red Nacional de Información, con el propósito de producir y difundir la Información de Interés Nacional.

**3.63 Sistema Nacional de Salud (SNS)**, al conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como estatal y 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.

**3.64 Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)**, al esquema de seguro público de salud coordinado por la Federación y operado por las entidades federativas, mediante el cual el Estado proporciona protección financiera a las personas que no son derechohabientes de las instituciones públicas de seguridad social, garantizando el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación, a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que se contemplan en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y los que cubre el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

**3.65 Urgencia calificada**, al problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata.

**3.66 Urgencia no calificada**, al problema de salud que no pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente y que por lo tanto se puede posponer o referir para su atención en un servicio de medicina general o especializada.

#### **4. Abreviaturas**

**4.1** CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.

**4.2** CIE-9MC: Clasificación Internacional de Enfermedades, 9a. Revisión, Modificación Clínica.

**4.3** CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

**4.4** CONAPO: Consejo Nacional de Población.

**4.5** CONAVE: Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

**4.6** CLUES: Clave Unica de Establecimientos de Salud.

**4.7** CTESS: Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud.

**4.8** CURP: Clave Unica de Registro de Población.

**4.9** DGIS: Dirección General de Información en Salud.

**4.10** INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

**4.11** NOM: Norma Oficial Mexicana.

**4.12** OMS: Organización Mundial de la Salud.

**4.13** SEED: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones.

**4.14** SESA: Servicios Estatales de Salud.

**4.15** SINAC: Subsistema de Información sobre Nacimientos.

**4.16** SINAIS: Sistema Nacional de Información en Salud.

**4.17** SNS: Sistema Nacional de Salud.

**4.18** La Secretaría: Secretaría de Salud.

#### **5. Generalidades**

**5.1** La información generada por las instituciones públicas 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. Todo establecimiento del SNS debe contar con una Clave Unica de Establecimientos de Salud (CLUES) emitida por la DGIS.

**5.2** Los establecimientos para la prestación de servicios de salud del sector privado y social deben generar, integrar y entregar la información en Salud de acuerdo con los formatos y procedimientos establecidos por la Secretaría en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

**5.3.** Las instituciones públicas del SNS deben entregar la información con base en los formatos y/o procedimientos establecidos por el CTESS y la DGIS, los cuales deberán respetar las clasificaciones establecidas en los catálogos de clasificaciones internacionales.

En todos los casos en los que sea necesario utilizar las clasificaciones internacionales de enfermedades y procedimientos vigentes y adoptadas en el país (CIE, CIF y CIE-MC) la codificación debe efectuarse al nivel de cuatro dígitos.

#### **6. Flujos de información**

**6.1** La Secretaría de acuerdo a las disposiciones jurídicas vigentes es el órgano normativo y rector del SINAIS, y, dentro sus atribuciones, tiene la facultad de fungir como el concentrador de toda la información que agrupa y difunde el SINAIS.

La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la DGIS, y para la información de vigilancia epidemiológica, por conducto de la Dirección General de Epidemiología, de conformidad con las disposiciones aplicables, procurando, en todo caso, la coordinación con los diferentes sectores del SNS.

**6.2** De acuerdo con los niveles administrativos en los que se aplica y opera el SNS, para las instituciones prestadoras de servicios, así como para las personas físicas o morales de establecimientos privados, dicha coordinación se ejerce a través de los siguientes niveles:

- a) Unidades médicas, de apoyo y administrativas
- b) Municipal
- c) Estatal
- d) Nacional

**6.3** Para el caso de las instituciones del sector salud, la aplicación y operación del SINAIS se lleva a cabo a través de los procedimientos acordados en el seno del CTESS.

**6.4** Con relación al flujo de la información epidemiológica, corresponde al que cita la NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.

## **7. Aspectos específicos**

**7.1** El SINAIS está integrado por los siguientes subsistemas de información:

- a) Población y cobertura
- b) Recursos para la salud
- c) Servicios para la salud
- d) Sobre nacimientos
- e) Daños a la salud

**7.2** La periodicidad de la información reportada debe ser anual, semestral, trimestral o mensual, según refiere la NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica o la que, en su caso, la modifique o sustituya.

**7.3** La información solicitada con periodicidad anual debe estar disponible para su consulta a más tardar en el mes de abril siguiente al cierre del periodo anual de referencia, por lo que las instituciones del SNS y los SESA deberán entregarla a la DGIS a más tardar el último día de marzo de dicho año.

**7.4** La información con corte semestral, trimestral o mensual debe estar disponible para su consulta a más tardar dentro de los 30 días naturales siguientes a la terminación del periodo de referencia.

**7.5** La información debe ser entregada, con desagregación por unidad médica, localidad, municipio y entidad federativa, en función de las necesidades que la Secretaría establezca a través de la DGIS.

**7.6** La información debe ser entregada en el formato determinado por la DGIS, a través de la unidad administrativa que tenga a su cargo este sistema de información, por medio de medios magnéticos electrónicos o sistemas informáticos que aseguren que se da cumplimiento a dicho formato.

**7.7** La información sobre infraestructura sujeta a proceso de captura en base de datos que requiera ser georreferenciada deberá estar sustentada en el Catálogo de Integración Territorial del INEGI, en su versión más reciente, la cual puede consultarse en la página electrónica del INEGI: <http://www.inegi.org.mx/>.

## **8. Subsistema de población y cobertura**

### **8.1 Población**

**8.1.1** En materia de población, en cuanto a su volumen, estructura y distribución en el territorio nacional, la información debe tener como fuente las proyecciones vigentes elaboradas por el CONAPO.

En aquellos casos donde no existan datos proyectados o estructuras asociadas a diferentes variables, la DGIS proporcionará los datos ajustados de población, siempre y cuando exista una metodología basada en las fuentes de información oficiales disponibles.

**8.1.2** Para la construcción de indicadores en los que el denominador sea la población, deben utilizarse las estimaciones de población a mitad de año (al 30 de junio) elaboradas por el CONAPO.

### **8.2 Cobertura**

**8.2.1** La información en el módulo de cobertura se integra por datos relacionados con la población según las siguientes condiciones:

- a) Población con seguridad social
- b) Población sin seguridad social
- c) Población con aseguramiento privado

**8.2.2** Las instituciones del SNS deben incorporar al SINAIS información sobre la población de responsabilidad institucional que compete a cada una de ellas, a fin de coadyuvar a que se determine la población que en México hace efectivo el derecho a la protección a la salud; mediante el uso de los servicios personales o no personales de salud, así como a la construcción de los indicadores relacionados con la medición de la cobertura de servicios de salud; utilizando para ello los formatos y/o procedimientos acordados por el CTESS y expedidos por la DGIS.

**8.2.3** Los datos de cobertura deben estar vinculados con la población, permitiendo su desagregación por sexo, edad, residencia habitual, y procurando captar los datos relativos a la condición de etnicidad y de discapacidad.

## **9. Subsistema de recursos para la salud**

Toda la información del Subsistema de Recursos para la Salud debe estar vinculada a los establecimientos del SNS a través de la CLUES.

Cada establecimiento del SNS debe contar con la CLUES, conforme a los lineamientos y requisitos establecidos por la DGIS, que permita su incorporación al directorio nacional de establecimientos del SNS.

### **9.1 Recursos humanos para la salud**

**9.1.1** Las variables sobre recursos humanos para la salud se refieren al personal que labora en establecimientos del SNS. Tal información debe contener datos sobre el número y características del personal, conforme a los formatos y/o procedimientos acordados por el CTESS y expedidos por la DGIS.

**9.1.2** Sin detrimento de la definición por parte del CTESS sobre las características del personal al que se hace mención, éstas deben estar relacionadas con: el personal médico, paramédico, técnico y auxiliar; de investigación, enseñanza y administrativo que labora en los establecimientos del SNS.

Dicha información debe notificarse a nivel de establecimiento del SNS y contener datos sobre el número y características del personal conforme a los formatos y procedimientos acordados por el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud y expedidos por la DGIS.

### **9.2 Recursos físicos para la salud**

**9.2.1** La información sobre recursos físicos para la salud se refiere al total de establecimientos de atención a la salud, de apoyo y administrativos existentes en el SNS.

**9.2.2** La información deberá contener datos sobre las características de los establecimientos, principalmente en relación a su tipología, áreas y espacios físicos, así como sus características funcionales y de operación, conforme a los formatos y/o procedimientos acordados por el CTESS y expedidos por la DGIS.

**9.2.3** La información de los establecimientos de atención médica debe integrar y actualizar los datos sobre la certificación emitida por el Consejo de Salubridad General y sobre la acreditación de aquellos que proporcionan servicios al Sistema de Protección Social en Salud, de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud.

### **9.3 Recursos materiales para la salud**

**9.3.1** Los recursos materiales para la salud comprenden equipo médico, no médico y mobiliario, que son necesarios para la prestación de servicios de atención médica, de investigación y de educación en los establecimientos del SNS.

**9.3.2** Esta información debe contener datos conforme a los formatos y/o procedimientos acordados por el CTESS y expedidos por la DGIS.

### **9.4 Recursos financieros para la salud**

**9.4.1** Los recursos financieros para la salud comprenden todos los gastos tanto públicos como privados de las actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, el mantenimiento, el mejoramiento y la protección de la salud.

**9.4.2** El gasto en salud debe integrarse conforme a la clasificación por objeto de gasto, la clasificación de actividad institucional de atención a la salud y la clasificación por funciones. Dicha información debe reportarse conforme a los formatos y/o procedimientos acordados por el CTESS y expedidos por la DGIS.

## **10. Subsistema de servicios para la salud**

**10.1** El Subsistema de Servicios para la Salud incluye la información sobre los servicios otorgados personales y no personales.

**10.1.1** Los servicios personales incluyen:

- a) Consulta externa
- b) Hospitalización
- c) Urgencias
- d) Servicios de corta estancia
- e) Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

**10.1.2** Los servicios no personales incluyen:

- a) Las acciones de regulación sanitaria
- b) Promoción y educación para la salud
- c) Prevención y control de enfermedades a nivel poblacional

Se debe realizar un registro para cada atención otorgada por el personal de salud, ya sea al paciente o a la comunidad.

**10.2** El registro de información sobre servicios otorgados a la persona debe considerar: Datos generales del usuario

- a) Diagnóstico médico y/o motivo de la consulta (excepto para los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento)
- b) Tipo de servicio
- c) Características de la atención brindada

**10.3** Para el caso de los servicios otorgados no personales se debe considerar:

- a) Tipo de servicio
- b) Población beneficiada

Esta información debe contener datos conforme a los formatos y/o procedimientos acordados por el CTESS y expedidos por la DGIS.

**10.4** Las variables a registrar para consulta externa, además de las mencionadas en el punto anterior, son:

- a) La clasificación en primera vez y subsecuente, siguiendo el criterio epidemiológico que se basa en el diagnóstico o motivo de atención
- b) Procedimientos y apoyos otorgados durante la consulta
- c) Tipo de persona que la otorgó
- d) Atenciones colaterales prestadas durante la consulta

Cuando la atención se otorgue a niños menores de 5 años, es necesario especificar si el menor se atendió de una enfermedad diarreica aguda o infección respiratoria aguda, y el tipo de tratamiento prescrito; así como el estado nutricional y si se aplicó alguna vacuna del esquema básico.

**10.5** Las variables para el registro sobre la atención de urgencias, además de lo señalado en el punto 9.2, deben diferenciar entre urgencia calificada y no calificada. Asimismo se deberá indicar: fecha, hora de inicio y término de la atención; afecciones tratadas, afección principal; procedimientos practicados; destino del paciente después de la atención; y tipo de servicio de urgencia médica, como son:

- a) Accidentes, envenenamiento y/o violencia
- b) Atención médica
- c) Atención gineco-obstétrica
- d) Atención pediátrica

**10.6** En cuanto al destino del paciente después de haber recibido atención en área de Urgencias medicas, se consideran:

- a) Hospitalización
- b) Consulta externa
- c) Traslado a otra unidad
- d) Domicilio
- e) Defunción
- f) Fuga
- g) Voluntaria

**10.7** Para egresos hospitalarios y servicio de corta estancia, el Conjunto Básico de Datos Hospitalarios debe incluir, entre otros:

- a) Identificación de la unidad
- b) CLUES
- c) CURP
- d) Edad
- e) Sexo
- f) Etnicidad
- g) Peso y talla del paciente
- h) Nombre del médico que, en su caso, atiende el procedimiento quirúrgico sobre la atención bariátrica
- i) Entidad de residencia habitual
- j) Municipio de residencia habitual
- k) Condición de afiliación y/o derechohabiencia
- l) Fecha de ingreso
- m) Fecha de egreso
- n) Días de estancia
- o) Reingreso por la misma afección
- p) Servicio de atención
- q) Unidad de procedencia externa
- r) Tipo de atención hospitalaria (normal y corta estancia)
- s) Motivo de egreso
- t) Diagnóstico principal y diagnósticos secundarios (codificados con base en la CIE vigente)
- u) Procedimientos quirúrgicos, terapéuticos y diagnósticos (codificados con base en la CIE-MC vigente), y
- v) Causas de defunción.

**10.8** En caso de atención obstétrica:

- a) Parto normal o complicado
- b) Cesárea
- c) Aborto
- d) Edad gestacional
- e) Peso en gramos al nacimiento
- f) Número de folio del certificado de nacimiento
- g) Condición al nacer
- h) Condición al egreso de él o los productos

**10.9** En el caso de que se utilice el expediente clínico electrónico como herramienta en la prestación del servicio, éste debe:

- a) Garantizar la confidencialidad de la información de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.
- b) Integrar las variables y criterios establecidos en esta norma que garanticen la obtención de la información necesaria para el SNS.

**10.10** Para atenciones a consecuencia de una lesión se debe incluir, de manera enunciativa mas no limitativa, las siguientes circunstancias:

- a) Intencionalidad
- b) Tipo de violencia (en caso de tener este tipo de atención)

- c) Sitio de ocurrencia
- d) Agente de la lesión
- e) Consecuencia resultante de mayor gravedad
- f) Causa externa de la lesión

#### **11. Subsistema de nacimientos**

**11.1** Las estadísticas de nacimientos que elaboran las instituciones del SNS se basan en los nacimientos ocurridos; y éstas podrán ser utilizadas para fines epidemiológicos y estadísticos, así como para la planeación, asignación de recursos y la evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas implementados por las instituciones del SNS.

**11.2** Las estadísticas de nacimientos registrados con base en las actas de nacimiento son emitidas anualmente por el INEGI.

**11.3** La fuente primaria para la generación de las estadísticas de nacimientos ocurridos es el Certificado de Nacimiento.

**a)** El Certificado de Nacimiento consta de un original y dos copias. Con objeto de asegurar la integración de la información y el registro de los nacimientos se establece el siguiente flujo:

**b)** El original (hoja blanca) se entrega a la madre del nacido vivo, o a quien corresponda a falta de ésta, con la indicación de presentarlo ante el Registro Civil para la obtención del Acta de Nacimiento correspondiente, quedando bajo resguardo del mismo.

**c)** La primera copia (hoja rosa) permanece en la unidad médica en el expediente clínico de la madre, en la que se expidió el Certificado para fines administrativos; la segunda copia (hoja azul) se entrega al área de captura correspondiente para garantizar la integración de la información en el SINAC.

**d)** Para el caso de nacimientos certificados fuera de una unidad médica, las dos copias deben ser entregadas, por el personal autorizado que haya expedido el certificado, a la instancia que le proporcionó los formatos, la cual se hace cargo de resguardar la primera copia y de entregar la segunda copia al área de captura que le corresponda.

**11.4** El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo nacido vivo, en forma gratuita y obligatoria, una vez que el médico con cédula profesional o la persona autorizada por la Secretaría haya corroborado el nacimiento.

Con objeto de asegurar la calidad de la información, el Certificado de Nacimiento debe expedirse según las circunstancias que acompañen al nacimiento de conformidad con lo siguiente:

**I.** Si el nacimiento ocurrió en un establecimiento del SNS, éste se encuentra obligado a expedir el Certificado de Nacimiento, mismo que debe llenarse inmediatamente después de ocurrido el nacimiento, o dentro de las primeras 24 horas, por el médico que atendió al nacido vivo durante el parto o, a falta de éste, por el personal de salud autorizado.

**II.** Si el nacimiento ocurrió con la asistencia de una partera autorizada por alguna institución del SNS para expedir el Certificado de Nacimiento, ésta debe emitirlo inmediatamente después de ocurrido el nacimiento o dentro de las primeras 24 horas.

**III.** Cuando el nacimiento es atendido por personal no autorizado para la expedición de dicho certificado, las unidades médicas de las instituciones del SNS son las responsables de expedirlo, dentro de un máximo de 365 días naturales después de ocurrido.

En cualquiera de los casos anteriores, para que el Certificado de Nacimiento sea expedido es necesaria la identificación oficial de la madre.

**11.5** La expedición y entrega del Certificado de Nacimiento no debe ser condicionada por ningún motivo.

En ausencia del Acta de Nacimiento, las instituciones públicas del SNS podrán cuando las disposiciones jurídicas que les rigen así lo autoricen, utilizar provisionalmente el Certificado de Nacimiento para fines de afiliación a los programas públicos de salud.

**11.6** Toda persona autorizada por la Secretaría que expida un Certificado de Nacimiento debe estar capacitada para su correcto llenado y es considerada responsable de la información contenida en el mismo, para los efectos de esta NOM y demás disposiciones jurídicas aplicables.

**11.7** El diseño, impresión, distribución y control del Certificado de Nacimiento corresponde a la Secretaría, la cual de común acuerdo con las instituciones del SNS, debe determinar las modificaciones y actualizaciones periódicas a dichos formatos, de conformidad a las necesidades del SNS y la normatividad vigente.

**11.8** La integración de la información del Certificado de Nacimiento se realizará en el SINAC, con base a los procedimientos establecidos por la DGIS y consensuados al interior del CTESS.

**11.9** Los SESA son responsables ante la DGIS del estricto control y uso adecuado de los folios proporcionados por la misma para expedir los Certificados de Nacimiento, de coordinar el retiro de los formatos obsoletos cuando la DGIS así lo indique; así como de garantizar la incorporación, en tiempo y forma, y de acuerdo a los procedimientos establecidos por la DGIS, de la información correspondiente a todos los Certificados de Nacimiento expedidos en su entidad en el SINAC.

De la misma manera, todo establecimiento de una institución del SNS, persona o instancia contemplada en la distribución de Certificados de Nacimiento, es a su vez responsable ante los SESA del estricto control y uso adecuado de los folios asignados, así como de retirar de circulación los formatos obsoletos cuando se le indique.

Las instituciones del SNS deben garantizar la incorporación en el SINAC, en tiempo y forma, y de acuerdo a los procedimientos establecidos por los SESA, de la información correspondiente a todos los Certificados de Nacimiento expedidos en su institución.

**11.10** Las instituciones del SNS deben informar a la población en general sobre la conveniencia de exigir el Certificado de Nacimiento para todo nacido vivo, así como sobre los requisitos para obtenerlo.

**11.11** Las instituciones del SNS deben capacitar permanentemente al personal involucrado en el llenado del Certificado de Nacimiento, con la finalidad de promover y garantizar que éste se lleve a cabo de manera correcta; igualmente deben informar sobre la importancia que esto tiene dado que repercute en la vigilancia epidemiológica y en la generación de estadísticas, así como sobre las implicaciones legales que pudieran derivarse del mal llenado de los mismos.

Adicionalmente, deben capacitar permanentemente al personal responsable de la codificación de las anomalías congénitas, enfermedades o lesiones del nacido vivo asentadas en el Certificado, así como a aquél involucrado en la captura de la información y en la operación del SINAC.

## **12. Subsistema de daños a la salud**

La información del Subsistema de Daños a la Salud comprende los siguientes componentes:

### **12.1 Morbilidad y otros motivos de atención**

#### **12.2 Mortalidad**

### **12.1 Morbilidad y otros motivos de atención**

**12.1.1** Este apartado integra información de las afecciones y otros motivos de atención en consulta externa, urgencias y hospitalización. Comprende registros estadísticos de consulta y egresos hospitalarios.

**12.1.2** Las estadísticas de morbilidad que elaboran las instituciones del SNS, podrán ser utilizadas para fines epidemiológicos y estadísticos, así como para la planeación, asignación de recursos y la evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas de salud implementados.

**12.1.3** La generación de las estadísticas de morbilidad debe basarse en el concepto de afección principal y se deben cumplir los procedimientos normados en la CIE en materia de registro, codificación y reelección de la afección principal cuando ésta aplique.

**12.1.4** Los formatos destinados a la captación del registro estadístico de la morbilidad deben disponer de un espacio suficiente para anotar la afección principal separada de las afecciones secundarias las cuales se derivan de otras afecciones que presente el paciente y/o de las complicaciones que se presenten durante el episodio de atención.

**12.1.5** Las instituciones deben prever que los sistemas de información capten tanto la afección principal como las secundarias, de manera que puedan integrarse estadísticas por causa única y múltiple.

**12.1.6** La medición de la morbilidad debe integrar las enfermedades, lesiones u otras causas de atención a personas sanas o enfermas y que constituyen la demanda de servicios de salud. Debe acompañarse de los datos sociodemográficos del paciente, la identificación de los servicios y los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, quirúrgicos y no quirúrgicos practicados.

**12.1.7** Las estadísticas sobre motivos de atención de urgencias se integrarán conforme a los formatos y procedimientos establecidos por el CTESS.

**12.1.8** Para la generación de las estadísticas de morbilidad se deben cumplir los lineamientos establecidos por la OMS en materia de codificación y selección de la afección principal, conforme a la CIE, mismos que pueden consultarse en la página electrónica de la DGIS: [www.dgis.salud.gob.mx](http://www.dgis.salud.gob.mx).

**12.1.9** Para la generación de las estadísticas de procedimientos se deben de cumplir los lineamientos establecidos en la Clasificación de Procedimientos en Medicina aprobada para su uso en nuestro país.

**12.1.10** Para la generación de estadísticas sobre el nivel de salud y discapacidad se deben cumplir los lineamientos establecidos por la OMS en la CIF, para captar información sobre:

a) Las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de las personas con discapacidad.

b) Las dificultades en la realización de actividades.

c) Las restricciones en la participación, así como en el papel positivo o negativo de los factores contextuales en el funcionamiento global de las personas.

**12.1.11** Las instituciones públicas del SNS deben capacitar permanentemente al personal involucrado en el registro estadístico de la morbilidad, con la finalidad de promover y garantizar que éste se lleve a cabo de manera correcta; igualmente deben informar sobre la importancia que esto tiene, dado que repercute en la vigilancia epidemiológica y en la generación de estadísticas, así como sobre las implicaciones legales que pudieran derivarse del mal llenado de los mismos.

Asimismo, deben capacitar permanentemente al personal involucrado en la incorporación de la información en las aplicaciones informáticas que para este propósito se desarrollen.

**12.1.12** Para la generación de la estadística de morbilidad por acontecimientos ambientales y circunstancias como la causa de traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos, se debe registrar y codificar tanto la naturaleza de la lesión como la causa externa.

Además, deben capacitar permanentemente al personal responsable de la codificación de las afecciones (principal y secundaria) y la reselección de la afección principal, así como a aquél involucrado en la captura de la información y en la operación de los sistemas de captura.

**12.1.13** Es importante vigilar que los diferentes expedientes electrónicos cumplan con la normatividad establecida en el uso de las diferentes clasificaciones internacionales en salud.

## **12.2** Mortalidad

**12.2.1** Este componente comprende la información de mortalidad general y fetal.

**12.2.2** Las estadísticas de mortalidad general y fetal que elaboran las instituciones del SNS tienen un carácter preliminar; éstas podrán ser utilizadas para fines epidemiológicos y estadísticos, así como para la planeación, asignación de recursos y la evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas implementados por las instituciones del SNS.

Las estadísticas de mortalidad general y fetal definitivas son emitidas anualmente por el INEGI y serán difundidas por la DGIS.

**12.2.3** 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, respectivamente.

El Certificado de Defunción está conformado por un original y tres copias, mientras que el Certificado de Muerte Fetal consta de un original y dos copias. Con objeto de asegurar la integración de la información y el registro se establece el siguiente flujo:

El original del Certificado de Defunción y sus dos primeras copias deben entregarse al (a la) interesado(a) con la instrucción de llevarlas ante el Registro Civil para obtener el Acta de Defunción y el permiso de inhumación correspondiente. Para el caso del Certificado de Muerte Fetal, se entregará al (a la) interesado(a) el original y sus dos copias, indicándole de igual forma que éstas sean presentadas en el Registro Civil para la obtención del permiso de inhumación respectivo.

Para ambos certificados: el original (hoja blanca) corresponde a la Secretaría y debe ser recuperado de las Oficialías del Registro Civil por los SESA, para que éstos procedan a su resguardo; la primera copia (hoja rosa) debe ser remitida por las Oficialías del Registro Civil al INEGI, quién las mantendrá bajo su resguardo; la segunda copia (hoja azul) corresponde al Registro Civil, institución responsable de su resguardo. En el caso del Certificado de Defunción, la tercera copia (hoja verde) corresponde a la unidad médica que certificó la defunción o al certificante en cualquier otro caso, quienes deben conservarla para garantizar la integración de la información correspondiente en el SEED con base en los procedimientos establecidos por la DGIS y consensuados al interior del CTESS.

**12.2.4** Los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal deben ser expedidos por única vez para toda defunción o muerte fetal, en forma gratuita y obligatoria, una vez que un médico con cédula profesional o la persona autorizada por la Secretaría de Salud haya constatado la muerte y las probables causas de defunción.

La expedición y entrega de ambos Certificados no debe ser condicionada por ningún motivo. Con objeto de garantizar la calidad de la información se establece lo siguiente en cuanto a la expedición de dichos certificados:

El Certificado de Defunción debe ser expedido de preferencia por el médico tratante, el que haya atendido la última enfermedad o el que haya asistido el fallecimiento; mientras que el Certificado de Muerte Fetal debe ser expedido de preferencia por el médico que haya atendido la expulsión o extracción del feto.

A falta de éste, el Certificado correspondiente debe ser expedido por cualquier otro médico que cuente con cédula profesional. En los lugares donde no haya médico, los Certificados se expedirán por las personas autorizadas por la Secretaría para tal efecto.

Los anteriores supuestos aplican siempre y cuando no se sospeche que el deceso se encuentre vinculado a la comisión de hechos ilícitos, en cuyo caso debe darse aviso al Ministerio Público, siendo el médico legista o el médico forense quien elabora el Certificado correspondiente, de acuerdo con las disposiciones estatales vigentes.

**12.2.5** Toda persona autorizada por la Secretaría que expida un Certificado de Defunción y/o un Certificado de Muerte Fetal debe estar capacitada para su correcto llenado y es considerada responsable de la información contenida en los mismos para los efectos de esta NOM y demás disposiciones jurídicas aplicables.

**12.2.6** El diseño, impresión, distribución y control de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal corresponde a la Secretaría, la cual, de común acuerdo con las Instituciones del SNS, debe determinar las modificaciones y actualizaciones periódicas a dichos formatos, de acuerdo con las necesidades del SNS y la normatividad vigente.

**12.2.7** La generación de las estadísticas de mortalidad general y fetal debe basarse en el concepto de causa básica de defunción, registrando además todas las causas contenidas en el certificado, con apego a los procedimientos normados en la CIE en materia de registro, codificación de las causas de defunción y selección de la causa básica. Estas estadísticas deben incluir además información acerca del fallecido y sus variables sociodemográficas, sobre los servicios de salud recibidos y las circunstancias que acompañaron a la defunción.

La generación de tabulados de principales causas de mortalidad se debe realizar conforme a los criterios establecidos en el CTESS.

**12.2.8** La integración de la información de los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal se realizará en el SEED, con base en los procedimientos establecidos por la DGIS y consensuados al interior del CTESS.

**12.2.9** Los SESA son responsables ante la DGIS del estricto control y uso adecuado de los folios proporcionados por la misma en la dotación de Certificados de Defunción y de Muerte Fetal, de coordinar el retiro de los formatos obsoletos cuando la DGIS así lo indique; así como de garantizar la incorporación, en tiempo y forma, y de acuerdo a los procedimientos establecidos por la DGIS, de la información correspondiente a todos los Certificados de Defunción y Muerte Fetal expedidos en su entidad en el SEED.

De la misma manera, toda institución del SNS, persona o instancia contemplada en la distribución de Certificados de Defunción y de Muerte Fetal, es a su vez responsable ante los SESA del estricto control y uso adecuado de los folios respectivos, así como de retirar de circulación los formatos obsoletos cuando así se indique.

**12.2.10** Las instituciones del SNS, así como las personas e instancias autorizadas por la Secretaría para expedir Certificados de Defunción, deben entregar periódicamente a los SESA copia de todos los Certificados de Defunción que fueron expedidos para:

- a) Defunciones de niños menores de cinco años.
- b) Defunciones notificadas como probable muerte materna.

Asimismo, deben proporcionar copia de cualquier certificado expedido a las autoridades competentes, según atribuciones y con base en las disposiciones aplicables, cuando éstos así lo requieran y soliciten oficialmente.

**12.2.11** Las instituciones del SNS deben orientar a la población en general, y a los médicos certificantes, acerca de las unidades en donde se pueden obtener los formatos para expedir los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal.

**12.2.12** Con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica, para todas aquellas defunciones por causas de notificación inmediata y las contempladas en los sistemas especiales de vigilancia epidemiológica, las causas de muerte anotadas en el Certificado de Defunción deberán ser ratificadas o rectificadas por la Secretaría previo estudio epidemiológico.

**12.2.13** Las instituciones del SNS deben capacitar permanentemente al personal involucrado en el llenado de los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal, con la finalidad de promover y garantizar que éste se lleve a cabo de manera correcta, enfatizando el registro preciso y ordenado de las causas de defunción de acuerdo con los procedimientos especificados en la CIE; igualmente deben informar sobre la importancia que lo anterior tiene en la vigilancia epidemiológica, en la generación de estadísticas, y sobre las implicaciones jurídicas que se derivan por el mal llenado de los mismos.

Además, deben capacitar permanentemente al personal responsable de la codificación de las causas de defunción y selección de causa básica, así como al involucrado en la captura de la información y en la operación del SEED o de las aplicaciones informáticas desarrolladas para este propósito.

**12.2.14** Causas externas de mortalidad

Para la generación de la estadística de mortalidad por acontecimientos ambientales y circunstancias como la causa de traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos, se debe registrar y codificar tanto la naturaleza de la lesión como la causa externa.

**12.2.15** Mortalidad hospitalaria

Las defunciones en estas unidades médicas representan un indicador de calidad asistencial, por lo que el análisis de mortalidad hospitalaria se utiliza como un valioso instrumento para la planificación y gestión de los hospitales, misma que es una medida indirecta de la capacidad resolutive de la unidad hospitalaria, la cual tendrá que ver con la gestión de recursos para la atención de la población usuaria como también con la capacidad técnico-científica ofrecida.

La estadística de mortalidad en unidades hospitalarias incluye a las defunciones ocurridas en camas censables y no censables.

Para fines de integración, las defunciones podrán provenir de egresos hospitalarios, altas de urgencias o de corta estancia.

Las fuentes primarias para la mortalidad hospitalaria son los registros de hospitalización y el certificado de defunción. En caso de discrepancia, se debe dar prioridad a lo señalado en el certificado de defunción.

**13. Solicitud de información**

**13.1** La información generada por el SNS debe observar los principios de confidencialidad y reserva que señala la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás disposiciones vigentes en materia de transparencia y protección de datos personales.

**13.2** 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.

**13.3** El registro de la información en salud se lleva a cabo a través de los formatos impresos y electrónicos de reporte establecidos por la DGIS, en coordinación con el CTESS y los grupos interinstitucionales de información federal y estatal, según sea el caso. La información epidemiológica, a través de los formatos establecidos en el CONAVE. La información registrada en ellos se debe remitir oportunamente de acuerdo a la periodicidad y flujos establecidos.

**13.4** Cada unidad médica debe completar los formularios, validarlos y remitirlos al área de organización y administración de información en salud de su institución, la que a su vez, debe validar y capturar la información para ser enviada a la DGIS, por medio de medios magnéticos electrónicos o sistemas informáticos que aseguren que se da cumplimiento a dicho formato. En el caso de los Servicios Estatales de Salud, éstos deben concentrar y validar, además de la información proveniente de las unidades que dependen administrativamente de ellos, aquella información de personas físicas o morales de establecimientos privados de su entidad para su envío a la DGIS.

**13.5** La información de las unidades médicas privadas se debe coleccionar en los formatos que establece la Secretaría a través de la DGIS con base en los procedimientos establecidos por la DGIS y consensuados al interior del CTESS.

**13.6** La DGIS debe solicitar, recopilar, procesar, emitir y difundir los resultados derivados de la estadística de las unidades médicas privadas con servicio de hospitalización; auxiliándose para ello de la estructura de los servicios de salud de las entidades federativas.

**13.7** 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.

#### **14. Acceso, difusión y uso de la información en salud**

**14.1** 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.

**14.2** 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.

**14.3** El uso de la información derivada del SINAIS se debe realizar conforme a los atributos de calidad, validez, consistencia, comparabilidad y homogeneidad referidos en esta norma.

**14.4** En cada uno de los niveles administrativos donde opere el SINAIS se deben adoptar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de la información, evitar su alteración, pérdida, transmisión y acceso no autorizado.

**14.5** El acceso, uso y difusión de la información se sujetará a los principios de confidencialidad y reserva que establecen las disposiciones vigentes en materia de información como son la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

La DGIS contribuirá a la difusión en las instituciones del Sector Salud de la versión oficial vigente de las proyecciones de población elaboradas por el CONAPO.

#### **15. Concordancia con normas internacionales y mexicanas**

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

#### **16. Bibliografía**

**16.1** Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2009 y Acuerdo que modifica el diverso por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de los certificados de defunción y muerte fetal publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2009 y da a conocer los formatos de defunción y de muerte fetal vigentes a partir del 1 de enero de 2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.

**16.2** Acuerdo que establece los lineamientos para la selección de las principales causas de morbilidad y mortalidad, SNS mayo de 1999, SSA/Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades.

**16.3** Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación, 20 de septiembre de 2002.

**16.4** Acuerdo Secretarial 130 para la creación del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica. Diario Oficial de la Federación, 6 de septiembre de 1995, y Convenio de concertación para la operación del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica.

**16.5** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10a. Revisión, (CIE-10) OMS/OPS, 1995.

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

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

**16.8** Guía para la redacción, estructuración y presentación de las Normas Oficiales Mexicanas

**16.9** Glosario de Términos Estadísticos Médicos, Grupo Interinstitucional de Información, México, 1987.

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

**16.11** Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

**16.12** Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

**16.13** Ley General de Salud.

**16.14** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

**16.15** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

**16.16** Nomenclatura Global de Dispositivos Médicos. European Committee for Standardization and International Organization for Standardization. CEN Report CR 14230 ISO.TS20225.

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

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

**16.19** NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

**16.20** NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

**16.21** NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

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

**16.23** NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

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

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

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

**16.27** NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

**16.28** NMX-CC-9000-IMNC-2000, Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario.

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

**16.30** Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México Sano, Construyendo alianzas para una mejor salud.

**16.31** Programa de Acción Específico 2007-2012, Sistema Nacional de Información en Salud.

**16.32** Reglamento de la Ley de Información Estadística y Geográfica.

**16.33** Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

**16.34** Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

**16.35** 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.

## **17. Vigilancia**

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

## **18. Vigencia**

Esta norma, entrará en vigor a los 60 días naturales, contados a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 8 de agosto de 2012.- El Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, **Germán Enrique Fajardo Dolci**.- Rúbrica.

**ANEXO IV Conceptos de gasto 2012 del Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Puebla, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud.**Entidad Federativa: **Puebla****Anexo IV  
Conceptos de Gasto  
2012****A. RECURSOS LIQUIDOS A TRANSFERIR EN EL EJERCICIO 2012**

De conformidad con el artículo 77 bis 15 de la Ley General de Salud (LGS), el Gobierno Federal transferirá a la entidad federativa ("EL ESTADO") los recursos que le correspondan por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal, con base en los padrones de personas incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud (Sistema) y validadas por éste, de acuerdo con la meta establecida en el Anexo II y los montos transferibles definidos en el Anexo III del "Acuerdo".

Los recursos líquidos transferibles del ejercicio 2012 serán la base para determinar los montos y/o porcentajes de los conceptos de gasto, considerando que puede haber variaciones entre lo estipulado en el Anexo II y Anexo III una vez que el padrón de afiliados se valide. Dichos conceptos de gasto se especifican en la siguiente sección de este anexo.

**B. CONCEPTOS DE GASTO****1. Remuneraciones de personal directamente involucrado en la prestación de servicios de atención médica a los beneficiarios del Sistema**

El total para la contratación de personal podrá ser hasta un 40% de los recursos federales líquidos del Sistema, de acuerdo con lo establecido en el artículo 44 fracción III, inciso a) del PEF 2012.

"EL ESTADO" deberá canalizar, del límite presupuestal determinado en el PEF 2012, los recursos necesarios para el pago de remuneraciones del personal ya contratado y directamente involucrado en la prestación de servicios de atención a los afiliados al Sistema. En caso de que este porcentaje posibilite nuevas contrataciones para la prestación de estos servicios, será responsabilidad de "EL ESTADO" efectuarlas en apego a lo establecido en el Artículo Cuadragésimo Tercero Transitorio de la Ley del ISSSTE.

En caso de que los requerimientos de contratación excedan el monto establecido en este anexo "EL ESTADO" será responsable de cubrirlo con fuentes distintas a las transferencias federales del Sistema.

"EL ESTADO" deberá enviar mensualmente a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Comisión) el listado nominal de las plazas pagadas con estos recursos. La información de los listados deberá contener al menos nombre, remuneración, lugar de adscripción, tipo de contratación y puesto; así como cualquier otro dato que la Comisión solicite para efectos de comprobación, y conforme a los formatos y procedimientos establecidos por la misma.

**2. La adquisición de medicamentos, material de curación y otros insumos necesarios para la prestación de servicios a los afiliados del Sistema será de acuerdo con el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)**

De conformidad con lo establecido en el inciso b) de la fracción III del artículo 44 del PEF 2012, "EL ESTADO" podrá destinar hasta el 30% de los recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para realizar las acciones necesarias a fin de lograr el surtimiento completo de recetas y los insumos necesarios para la prestación de servicios del CAUSES. Es responsabilidad de "EL ESTADO" garantizar que los recursos se destinen exclusivamente para la adquisición de medicamentos, material de curación e insumos incluidos en el CAUSES.

Para efectos de la compra de medicamentos asociados al CAUSES, las entidades federativas se deberán sujetar a los precios máximos de referencia y a las disposiciones administrativas que expida la Secretaría de Salud, independientemente del procedimiento de adquisición. Adicionalmente, deberán reportar de manera semestral a la Comisión a través del sistema creado para tal fin, el cien por ciento de las adquisiciones realizadas, indicando también, entre otros aspectos: el nombre del proveedor, el evento de adquisición y el costo unitario, de las claves de medicamentos adquiridos. Dicha información deberá ser publicada en la página de Internet de la Comisión.

La Comisión sólo reconocerá los precios unitarios de referencia publicados (dentro de los límites máximos permisibles) y los montos reportados por el Sistema. De conformidad con lo establecido en el tercer párrafo, inciso b) de la fracción III del artículo 44 del PEF 2012:

"Cualquier sobreprecio respecto de éstos deberá ser financiado con recursos distintos a las Aportaciones Federales, a la Aportación Solidaria Estatal y a la Cuota Familiar".

“EL ESTADO” también deberá sujetarse a lo establecido en las fracciones VI, VII y VIII del artículo 44 del PEF 2012. De éstas, la fracción VIII de dicho artículo establece que “EL ESTADO” se sujetará:

“A los precios máximos de referencia que determine la Secretaría de Salud, cualquier sobreprecio respecto de éstos deberá ser financiado con recursos distintos a las Aportaciones Federales, a la Aportación Solidaria Estatal y a la Cuota Familiar”.

Es responsabilidad de “EL ESTADO” el cumplimiento de lo señalado en el presente apartado. Con objeto de sustentar lo anterior, deberá presentar ante la Comisión declaratoria signada por el Titular Estatal de los Servicios de Salud, en la cual confirme que, según sea el caso: i) la compra de medicamentos se sujeta a los precios de referencia; ii) ante cualquier sobreprecio de medicamentos, no se han empleado recursos correspondientes a la Cuota Social, la Aportación Solidaria Federal, la Aportación Solidaria Estatal ni Cuotas Familiares.

La Comisión promoverá el establecimiento de un mecanismo complementario de abasto eficiente, distribución y entrega de los medicamentos asociados al CAUSES, que permita el suministro completo y oportuno de los medicamentos prescritos a los beneficiarios del Sistema en “EL ESTADO”, con la finalidad de apoyar el cabal cumplimiento a los objetivos de la protección social en salud.

Para los propósitos anteriores, la Comisión conjuntamente con “EL ESTADO” podrá, conforme el modelo elaborado para tal efecto, implantar operativa y contractualmente el mecanismo complementario referido. En caso de que “EL ESTADO” se adhiera, firmará un apéndice del presente anexo, que establecerá los objetivos, mecanismos y obligaciones para su implantación, que será parte integrante del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema.

### **3. Acciones de Promoción y Prevención de la Salud**

De conformidad con lo establecido en el artículo 44, fracción III, inciso c) del PEF 2012, “EL ESTADO” destinará al menos 20% de los recursos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para financiar acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades que estén contenidas en el CAUSES. Del total de la Cuota Social y la Aportación Solidaria Federal hasta el 3% podrá destinarse a las acciones de medicina general vinculada a la detección de riesgos (Consulta Segura), dicho importe estará considerado en el porcentaje programado para las acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades.

Los recursos destinados a este concepto de gasto no son adicionales. La integración de este monto incluye acciones transversales que inciden en la promoción, prevención de la salud y en la detección oportuna de enfermedades, las cuales se contabilizan en otros conceptos de gasto, tales como: remuneraciones al personal, medicamentos, material de curación y otros insumos; equipamiento y caravanas, siempre y cuando no rebasen individualmente los límites y porcentajes establecidos en el PEF 2012. Los recursos destinados a acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades se aplicarán por “EL ESTADO” únicamente para cubrir las intervenciones incluidas en el CAUSES 2012 en beneficio de los afiliados al Sistema.

El detalle de los montos a ejercer en estas acciones, deberá ser validado por “EL ESTADO” en conjunto con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) y se formaliza a través del convenio denominado Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en el Estado.

Las acciones de promoción y prevención de la salud para la aplicación de la Consulta Segura a los beneficiarios del Sistema, se realizará con base en el procedimiento que validen la Comisión a través de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud y la Dirección General de Afiliación y Operación, siendo esta última quien validará la programación de los recursos.

### **4. Apoyo administrativo y gasto de operación de los “Regímenes Estatales de Protección Social en Salud”**

“EL ESTADO” podrá destinar hasta el 6% de los recursos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para hacer frente a los compromisos adquiridos por concepto de apoyo administrativo y gasto de operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, conforme lo determina el artículo 44, fracción III, inciso d) del PEF 2012, y con base en los “Lineamientos generales que establecen los Criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el apoyo administrativo y gasto de operación de los REPSS y Consulta Segura”, que emita la Comisión, para:

- a) Cubrir el pago del personal administrativo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, previa validación de la Dirección General de Financiamiento.
- b) El gasto de operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, que incluirá los recursos necesarios para la operación de Consulta Segura. La programación deberá ser validada por la Dirección General de Afiliación y Operación.

No se podrán destinar recursos de la Aportación Solidaria Estatal para el pago de prestaciones o salarios del personal administrativo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, se deberán utilizar otras fuentes de financiamiento distintas.

## **5. Fortalecimiento de Infraestructura de Unidades Médicas**

“EL ESTADO”, de acuerdo con lo establecido en el artículo 44 fracción IV del PEF 2012, podrá asignar recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal al Fortalecimiento de la Infraestructura Médica, en acciones tales como remodelación, rehabilitación, así como conservación y mantenimiento, con el objeto de lograr y/o mantener la acreditación de las unidades médicas. Tales unidades deberán estar vinculadas al Sistema de Protección Social en Salud (prestar servicios de salud en favor de los beneficiarios y en zonas de cobertura del Sistema, con la finalidad de garantizar la prestación de servicios de salud del CAUSES).

“EL ESTADO” deberá presentar para validación de la Comisión, un documento denominado “Programa de Fortalecimiento de Infraestructura de Unidades Médicas” el cual deberá contener la información siguiente:

- a) Declaratoria signada por el Titular Estatal de los Servicios de Salud, dirigida a la Comisión en la cual manifieste que se efectuó una adecuada planeación de los recursos para garantizar que los destinados a acciones de mantenimiento y conservación de la infraestructura médica, vinculadas al Sistema de Protección Social en Salud, no presentan un impacto adverso en el financiamiento del resto de los rubros a los que debe ser destinado el gasto para garantizar las intervenciones y medicamentos asociados al CAUSES.
- b) Para cada proyecto se especificará si la Unidad Médica se encuentra: (i) Acreditada, (ii) en proceso de Acreditación, o (iii) inicia la Acreditación en el 2012.
- c) Los Proyectos de Remodelación y Rehabilitación a desarrollar deberán estar incluidos en el Plan Maestro de Infraestructura que emita la Secretaría de Salud; quedan excluidos de esta disposición las acciones de conservación y mantenimiento.
- d) Descripción por proyecto donde se detalle la clave CLUES, el municipio, localidad, tipo de obra, tipo de unidad, nombre de la unidad, número de beneficiarios del Seguro Popular, población potencial beneficiada y montos programados a invertir identificando los importes que se destinarán para obra pública. La Comisión podrá requerir información adicional con respecto a la propuesta que presente “EL ESTADO”.
- e) En caso de que se requiera destinar recursos al Equipamiento Médico, éste se deberá incluir en el “Programa de Fortalecimiento” con el monto respectivo, y la información detallada en el inciso anterior por Unidad Médica.

“EL ESTADO” deberá observar que los recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal que se destinen a Proyectos de Remodelación, Rehabilitación, Conservación y Mantenimiento sólo serán autorizados cuando se trate de acciones y/o equipamiento médico para áreas médicas de atención a la persona.

La Comisión sólo reconocerá la aplicación de recursos en este concepto de gasto, cuando “EL ESTADO” haya presentado previamente su Programa de Fortalecimiento de Infraestructura de Unidades Médicas y haya obtenido la validación correspondiente de la Comisión.

## **6. Acreditación y reacreditación de los establecimientos médicos que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud**

“EL ESTADO”, conforme al Plan Nacional de Acreditación aprobado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), podrá asignar recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para lograr durante el año 2012 la máxima convergencia entre las unidades prestadoras de servicios al Sistema y aquellas que cuentan con acreditación para el CAUSES o se encuentran en proceso de obtenerla o lograr la reacreditación.

Las acciones encaminadas a la consecución de estos objetivos deberán respetar los límites de gasto establecidos en la fracción III del artículo 44 del PEF 2012 y, en su caso, sujetarse a lo establecido en la fracción IV del mismo artículo.

Es importante señalar que se trata de acciones transversales que si bien inciden en la acreditación y/o reacreditación de unidades médicas, se contabilizan en otros conceptos de gasto, tales como: remuneraciones de personal, medicamentos o acciones para el fortalecimiento de la infraestructura física. “EL ESTADO” identificará los montos que en cada concepto de gasto se destinan a estas acciones.

## **7. Consulta Segura y Registro Biométrico**

Se podrá destinar hasta el 1% de los recursos asignados a “EL ESTADO” por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para la operación intensiva y exclusiva de Consulta Segura y Registro Biométrico.

El ejercicio de los recursos, se realizará conforme a los “Lineamientos generales que establecen los Criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el apoyo administrativo y gasto de operación de los REPSS y Consulta Segura”, que emita la Comisión.

### 8. Programa de Caravanas de la Salud

“EL ESTADO” destinará recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para el otorgamiento de servicios de salud de las intervenciones contenidas en el CAUSES, en localidades donde no existe infraestructura instalada de los Servicios Estatales de Salud, con la finalidad de incrementar la afiliación en dichas localidades y garantizar la prestación de servicios y el abasto de medicamentos a los beneficiarios del Sistema, a través del Programa Caravanas de la Salud.

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud definió las intervenciones del CAUSES que el Programa Caravanas de la Salud puede proveer (que pueden incluir diagnóstico y/o tratamiento). Sin embargo, corresponde a “EL ESTADO” definir la cartera real de servicios que se pueden cubrir con dicho Programa, así como las zonas de cobertura en función de la población afiliada. Las intervenciones y el monto máximo de la cápita anual por persona por tipo de caravana son las que a continuación se indican:

**Cápita anual**  
(Costo en pesos)

Tipo de caravana	Intervenciones del CAUSES	Costo Anual por Persona (cápita)
0	121	592.98
I	121	592.98
II	128	613.66
III	128	613.66

Es responsabilidad de “EL ESTADO” por medio del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) en coordinación con el responsable estatal de la operación del Programa Caravanas de la Salud, identificar las diversas fuentes de recursos para financiar estos servicios, a efecto de no duplicar los recursos que se destinan a su operación.

Una vez definida la población a atender por Caravanas y la cápita por persona se elaborará una propuesta de Programa Operativo Anual que “EL ESTADO”, a través del REPSS, presentará a la Comisión para su validación.

### 9. Adquisición de Sistemas de Información y Bienes Informáticos

“EL ESTADO” podrá asignar recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal, para el desarrollo de Sistemas de Información que permitan dar seguimiento a los pacientes, a sus familias, a las acciones dirigidas a la persona de las intervenciones contenidas en el CAUSES y a contenidos relacionados con la infraestructura física y recursos humanos que favorezcan a los beneficiarios del Seguro Popular. Así como para adquisición de bienes informáticos, licencias de usos de sistemas de información y la incorporación de servicios y equipo telemático, instalaciones, conectividad (radio, telefonía, VPN y/o Internet) para las unidades médicas que presten servicios de salud a los beneficiarios en zonas de cobertura del Sistema.

Los bienes y servicios informáticos necesarios para la implementación del registro biométrico, la aplicación de Consulta Segura y la integración de información, deberán cumplir lo establecido en este numeral.

Dichos recursos deberán ser planteados de manera específica en un proyecto tecnológico para autorización de la Comisión.

En el caso de proyectos de Expediente Clínico Electrónico, la autorización será emitida por la Dirección General de Información en Salud y por la Comisión, a través de la Dirección General de Procesos y Tecnología.

La presentación y autorización de proyectos se llevará a cabo con base en lo establecido en los “Lineamientos para la presentación y autorización de proyectos tecnológicos”.

### 10. Pagos a Terceros por Servicios de Salud

“EL ESTADO” podrá destinar recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para la compra de servicios o pagos a terceros por servicios de salud definidos en el CAUSES para garantizar la atención de las familias afiliadas al Sistema.

En particular, conforme a lo que establece el artículo 44 fracción VII del PEF 2012, “EL ESTADO” deberá informar trimestralmente a la Comisión, los siguientes aspectos de la compra de servicios a prestadores privados: nombre del prestador; el padecimiento del CAUSES que es atendido, y el costo unitario por cada intervención contratada. Esta información deberá ser publicada en las páginas de Internet de las Unidades de Protección Social en Salud en “EL ESTADO”, y de la Comisión.

### 11. Pago por Servicios a Institutos Nacionales y Hospitales Federales

Es responsabilidad de “EL ESTADO” efectuar los pagos a los Institutos Nacionales u Hospitales Federales por servicios que éstos presenten para la atención del CAUSES a los beneficiarios del Sistema en la Entidad Federativa. Para ello, “EL ESTADO” deberá suscribir convenios con dichos Institutos u Hospitales para definir las condiciones y/o esquema de los pagos. La Comisión establecerá el modelo del marco del convenio con el fin de determinar el mecanismo único para que se pueda pagar directamente a los prestadores de los servicios, a cuenta y cargo de los recursos federales del Sistema transferibles a “EL ESTADO”.

## **12. Gasto Operativo de Unidades Médicas participantes en la Prestación de los Servicios de Salud del CAUSES**

“EL ESTADO” podrá destinar recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para adquirir insumos y servicios necesarios de las unidades médicas que presten servicios de salud a favor de los afiliados y en zonas de cobertura del Sistema, con la finalidad de garantizar la prestación de servicios de salud del CAUSES.

Estos gastos deberán estar directamente relacionados con la atención médica de los afiliados en las unidades de salud de acuerdo con las partidas de gasto que emita la Comisión.

### **C. INFORMACION DEL EJERCICIO DE LOS RECURSOS TRANSFERIDOS**

De conformidad con la fracción VI del artículo 44 del PEF 2012, “EL ESTADO”, a través del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, deberá informar a la Comisión de manera mensual y en los medios definidos por ésta, el avance en el ejercicio de los recursos transferidos. Esta información se publicará de manera semestral en la página de Internet de la Comisión.

Respecto a cada uno de los conceptos de gasto contemplados en el presente Anexo, el REPSS reportará mediante el Sistema de Gestión Financiera (SIGEFI) de la Comisión, el avance del ejercicio de los recursos transferidos. El resumen de los reportes generados por el SIGEFI deberán remitirse a la Comisión, avalados por el Titular Estatal de los Servicios de Salud y el Director del REPSS (Cuadro Resumen, y Programas de Gasto y de Fortalecimiento de Infraestructura); los cuales serán sustentados por la información registrada por “EL ESTADO” en el SIGEFI.

“EL ESTADO” deberá enviar a la Comisión la programación del gasto en el primer trimestre del año para vigilar el apego a los porcentajes establecidos en la fracción III del artículo 44 del PEF 2012. En caso de que “EL ESTADO” requiera modificar la distribución de los recursos deberá solicitarlo a la Comisión, una vez que haya concluido la programación de los recursos a más tardar el 31 de marzo de 2012, presentando un diagnóstico sobre los porcentajes descritos en el presente Anexo, y con un análisis integral de todas las fuentes de financiamiento del Sistema. La Comisión utilizará la información presentada por “EL ESTADO” para emitir, en su caso, la pertinencia de la modificación.

En casos excepcionales, la composición de los recursos podrá modificarse, previa autorización de la Comisión con base en la justificación presentada por “EL ESTADO”, y siempre que las características estatales o perfil de salud de la población afiliada lo ameriten.

Es responsabilidad de “EL ESTADO” el cumplimiento de las disposiciones previstas en el artículo 44 del PEF 2012, y del envío de la información en los términos y en los periodos señalados en el presente Anexo, para estar en condiciones de recibir las transferencias federales de manera regular, conforme al artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

La custodia de la documentación comprobatoria será responsabilidad de “EL ESTADO” quien la pondrá a disposición de la Comisión y de las autoridades fiscalizadoras, cuando así lo soliciten.

### **D) MARCO JURIDICO**

Ley General de Salud Art. 77 Bis 1, 77 Bis 5, 77 Bis 6, 77 Bis 15.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud Art. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 57, 71, 72, 73, 74, 75, 81, 138, 139 y 140.

Presupuesto de Egresos de la Federación 2012, Artículo 44.

Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del Estado de Puebla, Cláusulas: Décima Sexta, Décima Séptima, Décima Octava, Décima Novena y Vigésima.

Acuerdo que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de octubre de 2011. Artículo Segundo Transitorio.

Las circunstancias no previstas en el presente Anexo, serán resueltas por la Comisión.

El presente anexo se firma el día primero de marzo de dos mil doce.- El Estado: por la Secretaría de Salud del Estado de Puebla: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, **Jorge Fouad Aguilar Chedraui**.- Rúbrica.- Por la Dirección de Protección Social en Salud del Estado de Puebla: la Encargada del Despacho de la Dirección de Protección Social en Salud de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, **María del Consuelo Anaya Arce**.- Rúbrica.- Salud: por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **David García-Junco Machado**.- Rúbrica.

**ANEXO IV Conceptos de gasto 2012 del Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Querétaro, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud.**Entidad Federativa: **Querétaro****Anexo IV****Conceptos de Gasto****2012****A. RECURSOS LIQUIDOS A TRANSFERIR EN EL EJERCICIO 2012**

De conformidad con el artículo 77 bis 15 de la Ley General de Salud (LGS), el Gobierno Federal transferirá a la entidad federativa ("EL ESTADO") los recursos que le correspondan por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal, con base en los padrones de personas incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud (Sistema) y validadas por éste, de acuerdo con la meta establecida en el Anexo II y los montos transferibles definidos en el Anexo III del "Acuerdo".

Los recursos líquidos transferibles del ejercicio 2012 serán la base para determinar los montos y/o porcentajes de los conceptos de gasto, considerando que puede haber variaciones entre lo estipulado en el Anexo II y Anexo III una vez que el padrón de afiliados se valide. Dichos conceptos de gasto se especifican en la siguiente sección de este anexo.

**B. CONCEPTOS DE GASTO****1. Remuneraciones de personal directamente involucrado en la prestación de servicios de atención médica a los beneficiarios del Sistema**

El total para la contratación de personal podrá ser hasta un 40% de los recursos federales líquidos del Sistema, de acuerdo con lo establecido en el artículo 44 fracción III, inciso a) del PEF 2012.

"EL ESTADO" deberá canalizar, del límite presupuestal determinado en el PEF 2012, los recursos necesarios para el pago de remuneraciones del personal ya contratado y directamente involucrado en la prestación de servicios de atención a los afiliados al Sistema. En caso de que este porcentaje posibilite nuevas contrataciones para la prestación de estos servicios, será responsabilidad de "EL ESTADO" efectuarlas en apego a lo establecido en el Artículo Cuadragésimo Tercero Transitorio de la Ley del ISSSTE.

En caso de que los requerimientos de contratación excedan el monto establecido en este anexo "EL ESTADO" será responsable de cubrirlo con fuentes distintas a las transferencias federales del Sistema.

"EL ESTADO" deberá enviar mensualmente a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Comisión) el listado nominal de las plazas pagadas con estos recursos. La información de los listados deberá contener al menos nombre, remuneración, lugar de adscripción, tipo de contratación y puesto; así como cualquier otro dato que la Comisión solicite para efectos de comprobación, y conforme a los formatos y procedimientos establecidos por la misma.

**2. La adquisición de medicamentos, material de curación y otros insumos necesarios para la prestación de servicios a los afiliados del Sistema será de acuerdo con el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)**

De conformidad con lo establecido en el inciso b) de la fracción III del artículo 44 del PEF 2012, "EL ESTADO" podrá destinar hasta el 30% de los recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para realizar las acciones necesarias a fin de lograr el surtimiento completo de recetas y los insumos necesarios para la prestación de servicios del CAUSES. Es responsabilidad de "EL ESTADO" garantizar que los recursos se destinen exclusivamente para la adquisición de medicamentos, material de curación e insumos incluidos en el CAUSES.

Para efectos de la compra de medicamentos asociados al CAUSES, las entidades federativas se deberán sujetar a los precios máximos de referencia y a las disposiciones administrativas que expida la Secretaría de Salud, independientemente del procedimiento de adquisición. Adicionalmente, deberán reportar de manera semestral a la Comisión a través del sistema creado para tal fin, el cien por ciento de las adquisiciones realizadas, indicando también, entre otros aspectos: el nombre del proveedor, el evento de adquisición y el costo unitario, de las claves de medicamentos adquiridos. Dicha información deberá ser publicada en la página de Internet de la Comisión.

La Comisión sólo reconocerá los precios unitarios de referencia publicados (dentro de los límites máximos permisibles) y los montos reportados por el Sistema. De conformidad con lo establecido en el tercer párrafo, inciso b) de la fracción III del artículo 44 del PEF 2012:

“Cualquier sobreprecio respecto de éstos deberá ser financiado con recursos distintos a las Aportaciones Federales, a la Aportación Solidaria Estatal y a la Cuota Familiar”.

“EL ESTADO” también deberá sujetarse a lo establecido en las fracciones VI, VII y VIII del artículo 44 del PEF 2012. De éstas, la fracción VIII de dicho artículo establece que “EL ESTADO” se sujetará:

“A los precios máximos de referencia que determine la Secretaría de Salud, cualquier sobreprecio respecto de éstos deberá ser financiado con recursos distintos a las Aportaciones Federales, a la Aportación Solidaria Estatal y a la Cuota Familiar”.

Es responsabilidad de “EL ESTADO” el cumplimiento de lo señalado en el presente apartado. Con objeto de sustentar lo anterior, deberá presentar ante la Comisión declaratoria signada por el Titular Estatal de los Servicios de Salud, en la cual confirme que, según sea el caso: i) la compra de medicamentos se sujeta a los precios de referencia; ii) ante cualquier sobreprecio de medicamentos, no se han empleado recursos correspondientes a la Cuota Social, la Aportación Solidaria Federal, la Aportación Solidaria Estatal ni Cuotas Familiares.

La Comisión promoverá el establecimiento de un mecanismo complementario de abasto eficiente, distribución y entrega de los medicamentos asociados al CAUSES, que permita el suministro completo y oportuno de los medicamentos prescritos a los beneficiarios del Sistema en “EL ESTADO”, con la finalidad de apoyar el cabal cumplimiento a los objetivos de la protección social en salud.

Para los propósitos anteriores, la Comisión conjuntamente con “EL ESTADO” podrá, conforme el modelo elaborado para tal efecto, implantar operativa y contractualmente el mecanismo complementario referido. En caso de que “EL ESTADO” se adhiera, firmará un apéndice del presente anexo, que establecerá los objetivos, mecanismos y obligaciones para su implantación, que será parte integrante del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema.

### **3. Acciones de Promoción y Prevención de la Salud**

De conformidad con lo establecido en el artículo 44, fracción III, inciso c) del PEF 2012, “EL ESTADO” destinará al menos 20% de los recursos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para financiar acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades que estén contenidas en el CAUSES. Del total de la Cuota Social y la Aportación Solidaria Federal hasta el 3% podrá destinarse a las acciones de medicina general vinculada a la detección de riesgos (Consulta Segura), dicho importe estará considerado en el porcentaje programado para las acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades.

Los recursos destinados a este concepto de gasto no son adicionales. La integración de este monto incluye acciones transversales que inciden en la promoción, prevención de la salud y en la detección oportuna de enfermedades, las cuales se contabilizan en otros conceptos de gasto, tales como: remuneraciones al personal, medicamentos, material de curación y otros insumos; equipamiento y caravanas, siempre y cuando no rebasen individualmente los límites y porcentajes establecidos en el PEF 2012. Los recursos destinados a acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades se aplicarán por “EL ESTADO” únicamente para cubrir las intervenciones incluidas en el CAUSES 2012 en beneficio de los afiliados al Sistema.

El detalle de los montos a ejercer en estas acciones, deberá ser validado por “EL ESTADO” en conjunto con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) y se formaliza a través del convenio denominado Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en el Estado.

Las acciones de promoción y prevención de la salud para la aplicación de la Consulta Segura a los beneficiarios del Sistema, se realizará con base en el procedimiento que validen la Comisión a través de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud y la Dirección General de Afiliación y Operación, siendo esta última quien validará la programación de los recursos.

### **4. Apoyo administrativo y gasto de operación de los “Regímenes Estatales de Protección Social en Salud”**

“EL ESTADO” podrá destinar hasta el 6% de los recursos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para hacer frente a los compromisos adquiridos por concepto de apoyo administrativo y gasto de operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, conforme lo determina el artículo 44, fracción III, inciso d) del PEF 2012, y con base en los “Lineamientos generales que establecen los Criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el apoyo administrativo y gasto de operación de los REPSS y Consulta Segura”, que emita la Comisión, para:

- a) Cubrir el pago del personal administrativo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, previa validación de la Dirección General de Financiamiento.
- b) El gasto de operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, que incluirá los recursos necesarios para la operación de Consulta Segura. La programación deberá ser validada por la Dirección General de Afiliación y Operación.

No se podrán destinar recursos de la Aportación Solidaria Estatal para el pago de prestaciones o salarios del personal administrativo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, se deberán utilizar otras fuentes de financiamiento distintas.

#### **5. Fortalecimiento de Infraestructura de Unidades Médicas**

“EL ESTADO”, de acuerdo con lo establecido en el artículo 44 fracción IV del PEF 2012, podrá asignar recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal al Fortalecimiento de la Infraestructura Médica, en acciones tales como remodelación, rehabilitación, así como conservación y mantenimiento, con el objeto de lograr y/o mantener la acreditación de las unidades médicas. Tales unidades deberán estar vinculadas al Sistema de Protección Social en Salud (prestar servicios de salud en favor de los beneficiarios y en zonas de cobertura del Sistema, con la finalidad de garantizar la prestación de servicios de salud del CAUSES).

“EL ESTADO” deberá presentar para validación de la Comisión, un documento denominado “Programa de Fortalecimiento de Infraestructura de Unidades Médicas” el cual deberá contener la información siguiente:

- a) Declaratoria signada por el Titular Estatal de los Servicios de Salud, dirigida a la Comisión en la cual manifieste que se efectuó una adecuada planeación de los recursos para garantizar que los destinados a acciones de mantenimiento y conservación de la infraestructura médica, vinculadas al Sistema de Protección Social en Salud, no presentan un impacto adverso en el financiamiento del resto de los rubros a los que debe ser destinado el gasto para garantizar las intervenciones y medicamentos asociados al CAUSES.
- b) Para cada proyecto se especificará si la Unidad Médica se encuentra: (i) Acreditada, (ii) en proceso de Acreditación, o (iii) inicia la Acreditación en el 2012.
- c) Los Proyectos de Remodelación y Rehabilitación a desarrollar deberán estar incluidos en el Plan Maestro de Infraestructura que emita la Secretaría de Salud; quedan excluidos de esta disposición las acciones de conservación y mantenimiento.
- d) Descripción por proyecto donde se detalle la clave CLUES, el municipio, localidad, tipo de obra, tipo de unidad, nombre de la unidad, número de beneficiarios del Seguro Popular, población potencial beneficiada y montos programados a invertir identificando los importes que se destinarán para obra pública. La Comisión podrá requerir información adicional con respecto a la propuesta que presente “EL ESTADO”.
- e) En caso de que se requiera destinar recursos al Equipamiento Médico, éste se deberá incluir en el “Programa de Fortalecimiento” con el monto respectivo, y la información detallada en el inciso anterior por Unidad Médica.

“EL ESTADO” deberá observar que los recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal que se destinen a Proyectos de Remodelación, Rehabilitación, Conservación y Mantenimiento sólo serán autorizados cuando se trate de acciones y/o equipamiento médico para áreas médicas de atención a la persona.

La Comisión sólo reconocerá la aplicación de recursos en este concepto de gasto, cuando “EL ESTADO” haya presentado previamente su Programa de Fortalecimiento de Infraestructura de Unidades Médicas y haya obtenido la validación correspondiente de la Comisión.

#### **6. Acreditación y reacreditación de los establecimientos médicos que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud**

“EL ESTADO”, conforme al Plan Nacional de Acreditación aprobado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), podrá asignar recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para lograr durante el año 2012 la máxima convergencia entre las unidades prestadoras de servicios al Sistema y aquellas que cuentan con acreditación para el CAUSES o se encuentran en proceso de obtenerla o lograr la reacreditación.

Las acciones encaminadas a la consecución de estos objetivos deberán respetar los límites de gasto establecidos en la fracción III del artículo 44 del PEF 2012 y, en su caso, sujetarse a lo establecido en la fracción IV del mismo artículo.

Es importante señalar que se trata de acciones transversales que si bien inciden en la acreditación y/o reacreditación de unidades médicas, se contabilizan en otros conceptos de gasto, tales como: remuneraciones de personal, medicamentos o acciones para el fortalecimiento de la infraestructura física. "EL ESTADO" identificará los montos que en cada concepto de gasto se destinan a estas acciones.

#### **7. Consulta Segura y Registro Biométrico**

Se podrá destinar hasta el 1% de los recursos asignados a "EL ESTADO" por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para la operación intensiva y exclusiva de Consulta Segura y Registro Biométrico.

El ejercicio de los recursos, se realizará conforme a los "Lineamientos generales que establecen los Criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el apoyo administrativo y gasto de operación de los REPSS y Consulta Segura", que emita la Comisión.

#### **8. Programa de Caravanas de la Salud**

"EL ESTADO" destinará recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para el otorgamiento de servicios de salud de las intervenciones contenidas en el CAUSES, en localidades donde no existe infraestructura instalada de los Servicios Estatales de Salud, con la finalidad de incrementar la afiliación en dichas localidades y garantizar la prestación de servicios y el abasto de medicamentos a los beneficiarios del Sistema, a través del Programa Caravanas de la Salud.

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud definió las intervenciones del CAUSES que el Programa Caravanas de la Salud puede proveer (que pueden incluir diagnóstico y/o tratamiento). Sin embargo, corresponde a "EL ESTADO" definir la cartera real de servicios que se pueden cubrir con dicho Programa, así como las zonas de cobertura en función de la población afiliada. Las intervenciones y el monto máximo de la cápita anual por persona por tipo de caravana son las que a continuación se indican:

#### **Cápita anual**

(Costo en pesos)

<b>Tipo de caravana</b>	<b>Intervenciones del CAUSES</b>	<b>Costo Anual por Persona (cápita)</b>
0	121	592.98
I	121	592.98
II	128	613.66
III	128	613.66

Es responsabilidad de "EL ESTADO" por medio del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) en coordinación con el responsable estatal de la operación del Programa Caravanas de la Salud, identificar las diversas fuentes de recursos para financiar estos servicios, a efecto de no duplicar los recursos que se destinan a su operación.

Una vez definida la población a atender por Caravanas y la cápita por persona se elaborará una propuesta de Programa Operativo Anual que "EL ESTADO", a través del REPSS, presentará a la Comisión para su validación.

#### **9. Adquisición de Sistemas de Información y Bienes Informáticos**

"EL ESTADO" podrá asignar recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal, para el desarrollo de Sistemas de Información que permitan dar seguimiento a los pacientes, a sus familias, a las acciones dirigidas a la persona de las intervenciones contenidas en el CAUSES y a contenidos relacionados con la infraestructura física y recursos humanos que favorezcan a los beneficiarios del Seguro Popular. Así como para adquisición de bienes informáticos, licencias de usos de sistemas de información y la incorporación de servicios y equipo telemático, instalaciones, conectividad (radio, telefonía, VPN y/o Internet) para las unidades médicas que presten servicios de salud a los beneficiarios en zonas de cobertura del Sistema.

Los bienes y servicios informáticos necesarios para la implementación del registro biométrico, la aplicación de Consulta Segura y la integración de información, deberán cumplir lo establecido en este numeral.

Dichos recursos deberán ser planteados de manera específica en un proyecto tecnológico para autorización de la Comisión.

En el caso de proyectos de Expediente Clínico Electrónico, la autorización será emitida por la Dirección General de Información en Salud y por la Comisión, a través de la Dirección General de Procesos y Tecnología.

La presentación y autorización de proyectos se llevará a cabo con base en lo establecido en los "Lineamientos para la presentación y autorización de proyectos tecnológicos".

#### **10. Pagos a Terceros por Servicios de Salud**

"EL ESTADO" podrá destinar recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para la compra de servicios o pagos a terceros por servicios de salud definidos en el CAUSES para garantizar la atención de las familias afiliadas al Sistema.

En particular, conforme a lo que establece el artículo 44 fracción VII del PEF 2012, "EL ESTADO" deberá informar trimestralmente a la Comisión, los siguientes aspectos de la compra de servicios a prestadores privados: nombre del prestador; el padecimiento del CAUSES que es atendido, y el costo unitario por cada intervención contratada. Esta información deberá ser publicada en las páginas de Internet de las Unidades de Protección Social en Salud en "EL ESTADO", y de la Comisión.

#### **11. Pago por Servicios a Institutos Nacionales y Hospitales Federales**

Es responsabilidad de "EL ESTADO" efectuar los pagos a los Institutos Nacionales u Hospitales Federales por servicios que éstos presenten para la atención del CAUSES a los beneficiarios del Sistema en la Entidad Federativa. Para ello, "EL ESTADO" deberá suscribir convenios con dichos Institutos u Hospitales para definir las condiciones y/o esquema de los pagos. La Comisión establecerá el modelo del marco del convenio con el fin de determinar el mecanismo único para que se pueda pagar directamente a los prestadores de los servicios, a cuenta y cargo de los recursos federales del Sistema transferibles a "EL ESTADO".

#### **12. Gasto Operativo de Unidades Médicas participantes en la Prestación de los Servicios de Salud del CAUSES**

"EL ESTADO" podrá destinar recursos líquidos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para adquirir insumos y servicios necesarios de las unidades médicas que presten servicios de salud a favor de los afiliados y en zonas de cobertura del Sistema, con la finalidad de garantizar la prestación de servicios de salud del CAUSES.

Estos gastos deberán estar directamente relacionados con la atención médica de los afiliados en las unidades de salud de acuerdo con las partidas de gasto que emita la Comisión.

### **C. INFORMACION DEL EJERCICIO DE LOS RECURSOS TRANSFERIDOS**

De conformidad con la fracción VI del artículo 44 del PEF 2012, "EL ESTADO", a través del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, deberá informar a la Comisión de manera mensual y en los medios definidos por ésta, el avance en el ejercicio de los recursos transferidos. Esta información se publicará de manera semestral en la página de Internet de la Comisión.

Respecto a cada uno de los conceptos de gasto contemplados en el presente Anexo, el REPSS reportará mediante el Sistema de Gestión Financiera (SIGEFI) de la Comisión, el avance del ejercicio de los recursos transferidos. El resumen de los reportes generados por el SIGEFI deberán remitirse a la Comisión, avalados por el Titular Estatal de los Servicios de Salud y el Director del REPSS (Cuadro Resumen, y Programas de Gasto y de Fortalecimiento de Infraestructura); los cuales serán sustentados por la información registrada por "EL ESTADO" en el SIGEFI.

"EL ESTADO" deberá enviar a la Comisión la programación del gasto en el primer trimestre del año para vigilar el apego a los porcentajes establecidos en la fracción III del artículo 44 del PEF 2012. En caso de que "EL ESTADO" requiera modificar la distribución de los recursos deberá solicitarlo a la Comisión, una vez que haya concluido la programación de los recursos a más tardar el 31 de marzo de 2012, presentando un diagnóstico sobre los porcentajes descritos en el presente Anexo, y con un análisis integral de todas las fuentes de financiamiento del Sistema. La Comisión utilizará la información presentada por "EL ESTADO" para emitir, en su caso, la pertinencia de la modificación.

En casos excepcionales, la composición de los recursos podrá modificarse, previa autorización de la Comisión con base en la justificación presentada por "EL ESTADO", y siempre que las características estatales o perfil de salud de la población afiliada lo ameriten.

Es responsabilidad de "EL ESTADO" el cumplimiento de las disposiciones previstas en el artículo 44 del PEF 2012, y del envío de la información en los términos y en los periodos señalados en el presente Anexo, para estar en condiciones de recibir las transferencias federales de manera regular, conforme al artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

La custodia de la documentación comprobatoria será responsabilidad de "EL ESTADO" quien la pondrá a disposición de la Comisión y de las autoridades fiscalizadoras, cuando así lo soliciten.

#### **D) MARCO JURIDICO**

Ley General de Salud Art. 77 Bis 1, 77 Bis 5, 77 Bis 6, 77 Bis 15.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud Art. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 57, 71, 72, 73, 74, 75, 81, 138, 139 y 140.

Presupuesto de Egresos de la Federación 2012, Artículo 44.

Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del Estado de Querétaro, Cláusulas: Décima Sexta, Décima Séptima, Décima Octava, Décima Novena y Vigésima.

Acuerdo que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de octubre de 2011. Artículo Segundo Transitorio.

Las circunstancias no previstas en el presente Anexo, serán resueltas por la Comisión.

El presente anexo se firma el día primero de marzo de dos mil doce.- El Estado: por la Secretaría de Salud en el Estado de Querétaro: el Secretario de Salud, **Mario César García Feregrino**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Querétaro: el Director del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, **José Javier Ortega de la Vega**.- Rúbrica.- Salud: por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **David García-Junco Machado**.- Rúbrica.

APENDICE DEL ANEXO IV DEL ACUERDO DE COORDINACION PARA LA EJECUCION DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD, QUE FIRMAN LA COMISION NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD (CNPSS) Y EL ESTADO DE QUERETARO A TRAVES DEL SECRETARIO DE SALUD; EL COORDINADOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO Y EL DIRECTOR DEL REPSS, PARA IMPLANTAR EL MECANISMO COMPLEMENTARIO DE SURTIMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA LOS BENEFICIARIOS DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD.

#### **A. MARCO LEGAL Y NORMATIVO (FUNDAMENTACION)**

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: artículos 1o. y 4o.
- Ley General de Salud: artículos 1; 2; 3, fracción I, II y II bis; 5; 13 apartado A, fracción VII Bis; y B fracción I; 17; 23, 27, 28, 35, 77 bis 1; 77 bis 2; 77 bis 5; 77 bis 6; 77 bis 9; 77 bis 10; 77 bis 12, 77 bis 13, 77 bis 36 y 77 bis 37.
- Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2012: artículo 44.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud: artículo 19.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: artículo 4o. fracciones I y XII.
- Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud suscrito el 29 de junio de 2004 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de diciembre de 2005; cláusulas vigésima y vigésima cuarta.

#### **B. ANTECEDENTES (MOTIVACION)**

- I. Objetivos:** El mecanismo complementario de surtimiento de medicamentos, se considera como un mecanismo emergente, en tanto se perfeccionan los mecanismos estructurales de abasto y suministro, con la finalidad de que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) reciban el o los medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) a que tienen derecho y que no sean suministrados en las farmacias públicas o unidades médicas; en términos del modelo operativo establecido en el presente Apéndice. Para efectos de lo anterior se consideraron los principios y objetivos que se desprenden de las disposiciones constitucionales y legales, siguientes:

- a) **Máxima protección de los Derechos Humanos:** La exposición de motivos de la reforma al artículo 1o. constitucional, de junio de 2011, señala que el objetivo fundamental es garantizar la máxima protección de los derechos humanos, y dar cumplimiento a las obligaciones internacionales de los mismos, incorporando un régimen más amplio de protección de los derechos humanos en el país, estableciendo las pautas para garantizar una serie de derechos que son universales, inalienables, imprescriptibles e inderogables.
- b) **Estado como garante de los Derechos Humanos:** Las políticas públicas que promueve el Ejecutivo Federal deben estar basadas en los derechos humanos establecidos en la Constitución; es decir, que toda la actividad del Estado debe estar basada y encaminada en la protección de los derechos humanos, siendo garante de su ejercicio pleno. Lo anterior, quedó establecido en la norma suprema, con la obligación para todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.
- c) **Ejercicio de los Derechos Humanos basado en interpretación amplia y extensiva:** La reforma se fundó en la incorporación del principio *pro personae* que obedece a la obligación del Estado de aplicar la norma más amplia o a la interpretación más extensiva, cuando se trata de reconocer derechos protegidos.
- d) **Protección a la salud como parte de los derechos humanos:** La reforma incorporó los derechos humanos al sistema constitucional, de manera plena y clara para el fortalecimiento del Estado Democrático y para garantizar la mayor protección de los derechos de las personas, entre ellos, los relativos al derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 4o. constitucional.
- e) **Protección social en salud como materia de salubridad general:** La Ley General de Salud establece en su artículo 3 las materias de salubridad general, reconociendo en su fracción II bis a la Protección Social en Salud, que como materia de salubridad general se incorporó al texto de la ley.
- f) **Sistema de Protección Social de la Salud:** La reforma a la Ley General de Salud, del 15 de mayo de 2003, creó el SPSS a fin de garantizar el derecho constitucional de la protección de la salud. La exposición de motivos previó que las familias y personas que no fueran derechohabientes de las instituciones de seguridad social, tendrían acceso a las acciones de protección social en salud, permitiendo el disfrute de servicios de salud y de asistencia social para satisfacer eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- g) **Servicios de salud en el SPSS:** La Ley General de Salud define a la protección social en salud como el mecanismo para asegurar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación. Mediante este mecanismo se atiende a más de 50 millones de mexicanos; por tal motivo los objetivos del SPSS, deben en todo momento situarse en los derechos humanos y, para tal efecto, disponer lo necesario para hacer efectivas las garantías para su protección y, en su ejercicio, evitar los factores o eventualidades que puedan restringir esos derechos humanos.
- h) **Beneficios y derechos de la Protección Social en Salud:** La Ley General de Salud establece que la calidad de los servicios se obtiene a partir de los requerimientos mínimos, que sirven de base para la atención a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud; para esos efectos, se debe garantizar que los prestadores de servicios cumplan con sus obligaciones para proporcionar los beneficios, entre otros, con la prescripción y surtimiento completo y oportuno de los medicamentos.
- i) **Distribución de competencias entre la Federación y los Estados:** La Ley General de Salud determina que la Secretaría de Salud coordinará las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación; en ese sentido, de conformidad con la distribución de competencias para la ejecución de las acciones de protección social en salud, destaca que corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales, proveer los servicios de salud, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad.

- II. Objetivos Nacionales en Salud:** El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, planteó una estrategia integral de política pública, donde los esfuerzos coordinados entre los órdenes de gobierno serán fundamentales para hacer efectivo el acceso universal de los mexicanos a los servicios de salud, para tal efecto los recursos y el gasto público deben estar orientados a la población beneficiaria. En este marco, ha estado previsto implantar un sistema integral de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno y eficiente de medicamentos; mediante una política integral orientada a: i) fortalecer la cadena de abasto de medicamentos; ii) garantizar la oferta oportuna y promover la participación del mercado de medicamentos genéricos; iii) evitar precios excesivos de medicamentos bajo patente; iv) optimizar el gasto en medicamentos en las instituciones públicas de salud; v) garantizar la seguridad y eficacia de los medicamentos, y vi) institucionalizar los procesos de análisis, diseño y evaluación de la política farmacéutica. En ese marco, el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, prevé diseñar e instrumentar una política nacional de medicamentos que promueva el desarrollo de modelos para el suministro eficiente y oportuno de medicamentos e insumos para la salud.
- III. Objetivos del Desarrollo del Milenio:** Plantea que la acción pública sea integral y destinada a romper el círculo vicioso de la pobreza y, en definitiva, alcanzar el desarrollo humano sostenible y en materia de salud los objetivos están dirigidos a lograr el acceso a los servicios de salud y que éstos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios.
- En el Objetivo 8 se establece la meta “En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles”: es decir que la población usuaria de los servicios públicos de salud tenga acceso a los medicamentos esenciales disponibles de forma continua y sostenible, de calidad garantizada y a precios asequibles en establecimientos sanitarios públicos o privados, para lo cual se incorpore en la política pública, la coordinación entre los gobiernos nacionales y locales, así como los esquemas de alianza y cooperación con la industria farmacéutica.
- IV. Diagnóstico:** i) El suministro completo y oportuno de los medicamentos, se convierte en un reto más sensible, habiendo alcanzado la cobertura universal de afiliación, ii) El suministro de medicamentos, constituye uno de los elementos esenciales para la calidad de los servicios de la atención médica, iii) El derecho a la protección social a la salud se cumple cuando se logra el ciclo integral de la calidad de los servicios, iv) Es responsabilidad del Estado garantizar el derecho a la protección social a la salud y vigilar que su ejercicio se dé plenamente; por tanto el éxito de la política pública y de los objetivos constitucionales en materia de protección social de la salud, depende de una visión de largo plazo que ponga el énfasis en el derecho de las personas a recibir a satisfacción los servicios integrales de salud y de una estrategia que permanentemente introduzca las medidas de ajuste y corrección que requiere el dinámico desenvolvimiento de la demanda de servicios de salud.
- V. Política rectora de la CNPSS:** En el marco de distribución de competencias del SPSS ha correspondido a los Estados proveer los servicios públicos de salud y desarrollar los mecanismos de adquisición de los medicamentos conforme a sus disposiciones locales. Se advierte un desigual y variado desarrollo y por ello el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación incorporó medidas complementarias para establecer mecanismos de consolidación y de contratos Marco, para avanzar en la implantación de estándares y mejores prácticas nacionales en materia de precios, calidad y abasto oportuno para los medicamentos. Las soluciones estructurales requerirán de la unificación de las entidades federativas para tales propósitos y conllevan un periodo de maduración para el aprendizaje de las mejores prácticas para el logro del suministro completo y oportuno de los medicamentos. Para coadyuvar a ese proceso la CNPSS en el uso de sus obligaciones rectoras ofrece un mecanismo emergente y complementario a los programas de adquisiciones de las propias entidades federativas para la compra de medicamentos. El diseño del mecanismo complementario incorpora un adecuado equilibrio de la distribución de competencias establecidas en el marco legal y la coordinación rectora de la CNPSS se focalizará conforme a una política en los objetivos de eficiencia y eficacia en favor de la ejecución del SPSS y en la meta específica de avanzar en el suministro efectivo y oportuno de medicamentos.
- VI. Políticas para sistemas eficientes de abasto para el surtimiento completo y oportuno de medicamentos:** El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud establece que como parte sustancial de los beneficios del Sistema, la CNPSS, en coordinación con los Regímenes Estatales, promoverá una política de medicamentos tendiente a reducir los costos de adquisición, favorecer sistemas eficientes de abasto y reposición de medicamentos y el uso racional de los mismos en la prescripción y consumo en los establecimientos para la atención médica del Sistema. De igual forma, prevé la atribución de promover, una política de medicamentos en coordinación con los REPSS, y con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría, una política en materia de medicamentos para asegurar su eficiente abasto, distribución, entrega al beneficiario y uso racional.

**VII. Objetivos de salubridad en materia de medicamentos:** Considerando la relevancia del abasto de medicamentos para acreditar la calidad del ciclo de servicios de salud, el Consejo de Salubridad General, en términos de sus competencias establecidas en el Artículo 73, fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y demás disposiciones legales aplicables, emitió el Acuerdo siguiente: "La Secretaría de Salud, en su carácter de coordinadora del Sistema de Protección Social en Salud deberá, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, establecer un mecanismo complementario de abasto eficiente, distribución y entrega de los medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud, que permita fortalecer el suministro completo y oportuno de los medicamentos prescritos a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, al que se podrán integrar las entidades federativas que así lo determinen."

**VIII. Aplicación integral del marco legal del SPSS:**

- i) Los servicios farmacéuticos, constituyen uno de los servicios garantizados por el orden constitucional y de derechos humanos establecidos dentro del Sistema de Protección Social en Salud, y es obligación de los estados y del Distrito Federal proveer el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad;
- ii) Le corresponde a la Secretaría de Salud la coordinación del Sistema de Protección Social en Salud y la tutela de los derechos de los beneficiarios;
- iii) La CNPSS tiene la atribución de promover una política de medicamentos que asegure su eficiente abasto, distribución, entrega al beneficiario y uso racional, y
- iv) Los acuerdos de coordinación, son el modelo nacional e instrumento jurídico para la ejecución del SPSS.

**C. ACUERDO DE COORDINACION**

El Acuerdo de Coordinación es el instrumento jurídico para la ejecución del SPSS. La Ley General de Salud dispone que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, celebraran acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud.

El mismo ordenamiento reservó a la Secretaría de Salud establecer el modelo nacional de dicho instrumento, el cual viene operando desde el año 2004 y que consiste en un acuerdo marco que recoge la distribución de competencias y las obligaciones legales requeridas para la ejecución del SPSS, en dicho instrumento se convino, para los efectos conducentes que: i) Corresponde a la Secretaría de Salud a través de la CNPSS, el seguimiento, control y evaluación integral de la operación del SPSS en la Entidad, ii) Por su parte, le corresponde a la Entidad prestar los servicios de salud, así como disponer del suministro de insumos y medicamentos para su oferta oportuna y de calidad, iii) Asimismo, establece como medida dinámica para salvaguardar los derechos de los beneficiarios determinar otros mecanismos para fortalecer el cumplimiento de los objetivos del SPSS.

En el mismo instrumento, concebido como un acuerdo marco de mayor permanencia, se establece que las partes reconocen como parte integrante del mismo, los anexos que se actualizan anualmente, teniendo la misma fuerza legal que el instrumento, reconociendo la facultad de celebrar posteriormente los que se estime necesarios, estableciendo como base los siguientes: Anexo I. Servicios de salud comprendidos por el SPSS a través del CAUSES, Anexo II. Metas de Afiliación, Anexo III. Recursos Presupuestales y Anexo IV. Conceptos de Gasto, dentro del cual se incluyen entre otros, los relativos a las adquisiciones de medicamentos.

En virtud de lo anterior, con fundamento en las disposiciones antes señaladas, y en congruencia con lo expuesto en el Apartado de Antecedentes, las partes suscriben el presente:

APENDICE DEL ANEXO IV DEL ACUERDO DE COORDINACION PARA LA EJECUCION DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD QUE FIRMAN LA CNPSS Y LA ENTIDAD DE QUERETARO DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES CLAUSULAS:

**PRIMERA.** Objeto:

Establecer el mecanismo complementario de abasto eficiente, distribución y entrega de los medicamentos asociados al CAUSES, que permita el suministro completo y oportuno de los medicamentos prescritos a los afiliados del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), en la Entidad Federativa, con la finalidad de apoyar el cabal cumplimiento a los objetivos de la protección social en salud.

**SEGUNDA.** Obligaciones de las partes:**Para la ejecución del presente Apéndice, el Estado:**

- a) Se adhiere al mecanismo complementario de suministro de medicamentos asociados al CAUSES, para los beneficiarios del SPSS, en la forma y términos del presente instrumento y demás disposiciones y procedimientos aplicables.
- b) Autoriza a la CNPSS a conducir el procedimiento de contratación que tendrá por objeto lo establecido en el inciso anterior.
- c) Se obliga a suscribir el contrato respectivo con los proveedores para el suministro de medicamentos a través de sus redes de farmacias privadas, en términos de las disposiciones aplicables, y el Presupuesto de Egresos de la Federación.
- d) Se compromete a utilizar el formato de RASEM, descrito en el Procedimiento Operativo previsto en el presente Apéndice, para el surtimiento complementario de los medicamentos que no sean entregados en las farmacias públicas o centros de salud, del Estado.
- e) Se compromete a utilizar el procedimiento de validación de las facturas que le presente el proveedor que contengan los medicamentos que se entregaron a los beneficiarios al SPSS, conforme a lo señalado en el Procedimiento Operativo previsto en el presente Apéndice.
- f) Autoriza a la CNPSS a realizar el pago de las RASEM suministradas, por las farmacias privadas, a nombre y cuenta del Estado, en los términos que para al efecto se prevean en el contrato respectivo.
- g) Autoriza a la CNPSS a que el pago a que se refiere el inciso inmediato anterior se realice con cargo a las aportaciones federales previstas en la LGS para los fines del SPSS.
- h) Se compromete a realizar, en coordinación con la CNPSS, la conciliación entre las aportaciones federales transferibles en términos del presente Acuerdo y el pago a que se refieren los incisos f) y g) anteriores, y en su caso, autoriza a la CNPSS a realizar las operaciones compensatorias con cargo a las transferencias, que deriven de dicha conciliación.
- i) Se compromete a observar, los modelos y procedimientos operativos que en su caso emita la CNPSS para la implantación del mecanismo complementario de surtimiento de medicamentos, en términos del inciso m) del presente apartado.

**Para la ejecución del presente Apéndice, la CNPSS:**

- j) Se compromete a conducir el procedimiento de contratación, en los términos señalados en el presente Apéndice.
- k) Se compromete a realizar los pagos a nombre y cuenta del Estado a los proveedores de servicios, de las facturas de los medicamentos, con cargo a las aportaciones federales previstas en la Ley General de Salud, en los términos del presente Apéndice y conforme lo que se prevea en el contrato respectivo.
- l) Se compromete a diseñar, en su caso, los modelos y procedimientos operativos que permitan la implantación del mecanismo complementario de surtimiento de medicamentos.
- m) Se compromete a elaborar un informe, con metodología específica, del avance de los resultados del mecanismo complementario de surtimiento de medicamentos.

**TERCERA.** Procedimiento Operativo.**Las partes acuerdan que para la implantación del Mecanismo Complementario de Surtimiento de Medicamentos se adopte el siguiente Procedimiento Operativo:**

I. Características generales: El mecanismo complementario de surtimiento de medicamentos permite a los beneficiarios al SPSS a recibir los medicamentos que le hayan sido prescritos y no le hayan sido entregados en la farmacia pública, conforme a las características siguientes:

- a. La unidad médica expedirá al beneficiario una Receta Asociada para la Entrega de Medicamentos (RASEM) por cada clave de medicamento que no sea surtido por la farmacia pública.
- b. El beneficiario presentará su RASEM en la farmacia privada y recibirá su medicamento sin cobro alguno.

II. RASEM: La Unidad Médica utilizará el formato de la RASEM establecida conforme al dictamen competente de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios, que cuenta con la información básica siguiente:

- a. Número de folio de la RASEM
- b. Número de la receta original
- c. Número de póliza del beneficiario
- d. Clave, nombre genérico y presentación del medicamento
- e. Fecha de expedición de la RASEM y fecha de entrega del medicamento
- f. Unidad médica que expide la RASEM
- g. Cédula profesional del médico que prescribe
- h. Nombre y firma de quien recibe el medicamento

III. VALIDACION DE LA RASEM: El Estado, por conducto del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), validará que, la factura que el proveedor elaboró y entregó, corresponda a las RASEM que fueron surtidas por la red de farmacias privadas a los beneficiarios del SPSS, en este caso, la documentación justificativa serán las copias de las RASEM que las farmacias privadas hayan remitido al proveedor. El documento comprobatorio será la factura debidamente expedida conforme a los requisitos fiscales que entregue el proveedor y que ampare los medicamentos efectivamente entregados a los beneficiarios al SPSS.

El REPSS, dispondrá de un plazo perentorio establecido para validar las facturas que le presente el proveedor, conforme al procedimiento operativo aplicable y lo que para tal efecto se establezca en el contrato respectivo.

IV. PAGO DE LA RASEM: La CNPSS realizará el pago, por cuenta y orden del Estado, y para esos efectos, la Entidad, por conducto del REPSS, notificará a la CNPSS la instrucción de pago respecto de la factura proporcionada por el proveedor que ampare las RASEM surtidas por la red de farmacias. La fuente de recursos del pago se hará con cargo a las transferencias por aportaciones federales.

Concluido el plazo perentorio de validación sin contar con la notificación del REPSS, la CNPSS pagará la factura que le presente el proveedor por las RASEM surtidas a través de la red de farmacias. Será responsabilidad del REPSS validar posteriormente los montos pagados; en caso contrario, se tendrán por ciertos y conciliados. En su caso, las variaciones resultantes de las conciliaciones serán compensadas en las operaciones de pago posteriores; lo anterior se realizará conforme a los términos que se establezcan en los instrumentos respectivos.

Los recursos que por el costo de medicamentos se apliquen al mecanismo complementario de surtimiento de medicamentos serán considerados dentro del 30% de los recursos líquidos transferidos al Estado, conforme lo establece el Artículo 44 numeral b) del PEF 2012; si derivado de la implementación del presente instrumento se llegara a superar dicho porcentaje, quedará autorizado por la CNPSS, de conformidad con lo establecido en el diverso inciso b) de la fracción III del propio Artículo 44 del PEF 2012.

Corresponderá al Estado realizar la cuenta pública del ejercicio de los recursos y atender la fiscalización de los mismos.

#### **CUARTA. VIGENCIA.**

La vigencia del presente instrumento iniciará a partir de su firma y concluirá una vez finiquitadas las obligaciones que se desprenden del contrato a que se refiere el presente Apéndice.

De igual forma, las partes de común acuerdo lo podrán dar por terminado en cualquier momento, sin perjuicio de dar cumplimiento, en términos de las disposiciones aplicables, a los derechos y obligaciones que se hayan generado durante su vigencia.

Leído que fue el presente Acuerdo y no existiendo dolo, error, mala fe ni ninguna acción contraria a derecho que pueda invalidarlo, y debidamente enteradas las partes de su contenido y alcance legal, lo firman por cuadruplicado en la Ciudad de México, a los veintitrés días del mes de febrero de dos mil doce.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **David García Junco Machado**.- Rúbrica.- El Director General de Financiamiento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, **Alfonso Medina y Medina**.- Rúbrica.- Por el Ejecutivo del Estado: el Secretario de Salud del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, **Mario César García Feregrino**.- Rúbrica.- El Coordinador General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro, **Jorge Rafael Espinosa Becerra**.- Rúbrica.- El Titular del Régimen de Protección Social en Salud, **José Javier Ortega de la Vega**.- Rúbrica.