

SECRETARIA DE SALUD

RESPUESTAS a los comentarios recibidos al Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007, Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos, publicado el 22 de diciembre de 2008.

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

EDUARDO GONZÁLEZ PIER, 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 por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 40, fracciones III y XI, 43 y 47, fracciones II y III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o., fracciones I, II, VII y XXVII Bis, 13, apartado A, fracciones I y IX, 24, fracción I, 27, fracción III, 32, 33, fracción IV, 34, 45, 79 y 166 Bis a 166 Bis 21, de la Ley General de Salud; 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1o., 4o., 5o., 8o., 9o., 10, fracción I, 21, 26, 28 y 138 Bis a 138 Bis 27, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, y 8, fracción V y 9, fracción IV Bis, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de las respuestas a los comentarios recibidos al Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007, Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre de 2008.

Como resultado del análisis que realizó el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, de los comentarios recibidos de los diferentes promoventes, se ha considerado dar respuesta a los mismos en los siguientes términos.

PROMOVENTE	RESPUESTA
<p>1. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>En primer término, se propone que el nombre de la Norma Oficial se refiera a la "situación" terminal, sustituyendo el término "fase". Lo cual aplica también al cuerpo de la Norma en todos los casos que se haga esa referencia.</p>	<p>Se acepta el comentario, se sustituye el término "fase" terminal, por "situación" terminal, en el título de la Norma y en todos los casos que se haga referencia en el contenido de la misma, para quedar como sigue:</p> <p>NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-011-SSA3-2014, CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS EN SITUACIÓN TERMINAL A TRAVÉS DE CUIDADOS PALIATIVOS.</p>
<p>2. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>En el prefacio solicito se ponga el nombre oficial del "Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe A.C. CONSTRUYE".</p>	<p>Se acepta el comentario, se corrige el nombre de la institución, para quedar como sigue:</p> <p>OBSERVATORIO REGIONAL PARA LA MUJER DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, A.C. CONSTRUYE.</p>
<p>3. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>0. Introducción</p> <p>En la historia natural de las enfermedades crónico-degenerativas, se presenta un estadio clínico denominado fase terminal, en el cual se requiere que los prestadores de servicios de atención médica, de enfermería y afines, lleven a cabo acciones específicas para paliar el dolor y otros síntomas asociados a la enfermedad que conllevan al sufrimiento de los pacientes y sus familias, con lo cual se pretende al mismo tiempo, mejorar su calidad de vida en esta difícil etapa.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se modifica la redacción del primer párrafo de la introducción, para quedar como sigue:</p> <p>0. Introducción.</p> <p>En la historia natural de las enfermedades crónico-degenerativas, se presenta un estadio clínico denominado situación terminal, en el cual se requiere que los prestadores de servicios de atención médica, lleven a cabo acciones específicas para paliar el dolor y demás síntomas asociados a la enfermedad que implican el sufrimiento de los pacientes y sus familias, con la finalidad de mejorar su calidad de vida en esta difícil etapa.</p>

<p>4. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>En el segundo párrafo del apartado de la introducción, se repite dos veces el término “nuestro país”, lo cual resulta redundante. Se sugiere que en el primero de los casos se diga “México”.</p> <p>5. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>En el mismo segundo párrafo del mismo apartado de introducción se repite la situación de redundancia, pero con las palabras “cursan con una fase terminal”, incluso sale sobrando la frase “de dichas enfermedades”. Es necesario revisar la redacción.</p>	<p>Se aceptan los comentarios, se modifica la redacción del segundo párrafo de la introducción, para quedar como sigue:</p> <p>Desafortunadamente en el mundo, se ha registrado un aumento en el número de casos de enfermedades crónico-degenerativas y México no es la excepción, ya que en las últimas dos décadas las estadísticas de mortalidad, denotan que las muertes que se registran al año, se debieron a dichas enfermedades, por lo tanto, los prestadores de servicios de atención médica, tienen que hacer frente a los problemas y complicaciones de los enfermos en situación terminal; es en este contexto en el que los cuidados paliativos adquieren gran relevancia.</p>
<p>6. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>En el tercer párrafo del mismo apartado de Introducción se hace referencia a una alteración “considerable”, calificativo que, además de ser subjetivo, limita. No se puede determinar a juicio de quién o quiénes será considerable. Se sugiere eliminar esta palabra y dejar el término alteración en su concepción amplia.</p> <p>7. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>En el ámbito de la atención médica, se sabe que las enfermedades crónica-degenerativas y catastróficas de las cuales, una proporción considerable corresponde a aquellas que se caracterizan por ser incurables, progresivas, invalidantes e irremediamente fatales, se encuentran intrínseca e inevitablemente ligadas con el dolor, con el sufrimiento y el deterioro progresivo e irreversible de la calidad de vida de quien las padece; sin embargo, no es únicamente el enfermo el que sufre los estragos de dichas enfermedades, familiares y personas que los rodean afectivamente, también sufren una alteración considerable en sus vidas y de alguna manera comparten y les afecta ese sufrimiento y dolor.</p>	<p>Se acepta el comentario, se modifica la redacción del tercer párrafo de la introducción, para quedar como sigue:</p> <p>En el ámbito de la atención médica, se sabe que las enfermedades crónico-degenerativas, son aquellas que se caracterizan por ser incurables, progresivas, invalidantes e irremediamente fatales, se encuentran intrínseca e inevitablemente ligadas con el dolor, el sufrimiento y el deterioro progresivo e irreversible de la calidad de vida de quien las padece; sin embargo, no es únicamente el enfermo el que sufre los estragos de dichas enfermedades, familiares y personas que los rodean afectivamente, también sufren una alteración en sus vidas y de alguna manera comparten y les afecta ese sufrimiento y dolor.</p> <p>Se acepta parcialmente el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el concepto “catastróficas” no mejora, ni hace más explícita la redacción del tercer párrafo de la introducción, no obstante se modifica la misma, para quedar como sigue:</p> <p>En el ámbito de la atención médica, se sabe que las enfermedades crónico-degenerativas, son aquellas que se caracterizan por ser incurables, progresivas, invalidantes e irremediamente fatales, se encuentran intrínseca e inevitablemente ligadas con el dolor, el sufrimiento y el deterioro progresivo e irreversible de la calidad de vida de quien las padece; sin embargo, no es únicamente el enfermo el que sufre los estragos de dichas enfermedades, familiares y personas que los rodean afectivamente, también sufren una alteración en sus vidas y de alguna manera comparten y les afecta ese sufrimiento y dolor.</p>

<p>8. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>En el párrafo quinto del apartado Introducción está de más la frase "que se han establecido", resulta más adecuado dejar el texto "...bioéticos y organizacionales han influido...".</p> <p>9. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>En los últimos 20 años, a nivel mundial, los cuidados paliativos han experimentado una creciente y acelerada demanda. Diversos países, con mayor grado de desarrollo que el nuestro, han alcanzado un alto grado de especialización en esta materia; los conocimientos y conceptos científicos, bioéticos y organizacionales que se han establecido, han influido notablemente en el desarrollo de políticas de salud, dirigidas principalmente a brindar los beneficios de la atención médica a través de cuidados paliativos, en la fase terminal de muchas ciertas enfermedades.</p>	<p>Se aceptan los comentarios, se modifica la redacción del quinto párrafo de la introducción, para quedar como sigue:</p> <p>En los últimos 20 años, a nivel mundial, los cuidados paliativos han experimentado una creciente y acelerada demanda. Diversos países con mayor grado de desarrollo que el nuestro, han alcanzado un alto grado de especialización en esta materia; los conocimientos y conceptos científicos, bioéticos y organizacionales han influido notablemente en el desarrollo de políticas de salud, dirigidas principalmente a brindar los beneficios de la atención médica a través de cuidados paliativos para los enfermos en situación terminal.</p>
<p>10. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>En la misma parte de la introducción, se propone adicionar en el sexto párrafo: "...no necesariamente ayudan a curar al paciente o a mejorar la calidad de vida...".</p> <p>11. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>Resulta pertinente mencionar que en gran parte de nuestro Sistema Nacional de Salud, aún prevalece la visión de que la obligación del médico es hacer todo lo que esté a su alcance para curar a su paciente, sin embargo, es posible que con ello se llegue al extremo de ejecutar actos desmedidos o de crueldad hacia los enfermos que cursan una enfermedad en fase terminal, ya que pueden ser practicadas o instrumentadas acciones de atención médica, que resulten desproporcionadas, dolorosas y que no necesariamente ayudan a mejorar la calidad de vida y mucho menos a prolongarla y que por el contrario, pueden contribuir a hacer más larga su agonía y sufrimiento.</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se modifica la redacción del sexto párrafo de la introducción, para quedar como sigue:</p> <p>Resulta pertinente mencionar que en gran parte de nuestro Sistema Nacional de Salud, aún prevalece la visión de que la obligación del médico es hacer todo lo que esté a su alcance para curar a su paciente; sin embargo, es posible que con ello se llegue al extremo de ejecutar actos de obstinación terapéutica hacia los enfermos que cursan una enfermedad en situación terminal, ya que pueden ser practicadas o instrumentadas acciones de atención médica, que resulten dolorosas y que no necesariamente ayudan a curar al paciente, ni a mejorar su calidad de vida y mucho menos a prolongarla ya que, por el contrario, pueden contribuir a hacer más larga su agonía y sufrimiento.</p>
<p>12. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>Se sugiere adicionar un octavo párrafo en este apartado de Introducción para referirse a las reformas a la Ley General de Salud: "Atendiendo esta situación, el Congreso de la Unión adicionó a la Ley General de Salud un Título Octavo Bis denominado De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal. Decreto que entró en vigor el día 6 de enero de 2009 y que sienta las bases para que las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud garanticen el ejercicio de los derechos de los enfermos en situación terminal y presten los servicios de cuidados paliativos. Objetivo que debe hacer efectiva la presente Norma Oficial Mexicana".</p> <p>Siguiendo lo anterior, se sugiere adicionar el párrafo octavo del apartado de introducción lo siguiente (que pasaría a ser párrafo noveno si se adiciona el señalado en el punto anterior), en los siguientes términos:</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se modifica la redacción, para quedar como sigue:</p> <p>La elaboración de esta Norma, responde a la necesidad de emitir las disposiciones técnicas que deberán observarse, para prevenir la ocurrencia de posibles actos de obstinación terapéutica hacia los pacientes en situación terminal, las cuales consideran criterios para su atención, con la finalidad de hacer efectivo que los cuidados paliativos le sean proporcionados como un derecho, conforme a lo que establecen el Título Octavo Bis, de la Ley General de Salud y el Capítulo VIII Bis, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.</p>

<p>“...responde, en primer término, a la necesaria regulación administrativa de las disposiciones jurídicas de la Ley General de Salud y el Reglamento correspondiente, a fin de hacer efectivo el ejercicio de los derechos de los enfermos en situación terminal, así como prevenir la ocurrencia...”</p> <p>13. Senadora. María Teresa Ortuño Gurza. Senado de la República. Legislatura LX.</p> <p>Referir a las reformas recientes de la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos y en concreto al Título Octavo Bis.</p> <p>14. Senadora. María Teresa Ortuño Gurza. Senado de la República. Legislatura LX.</p> <p>Señalar como uno de los objetivos de la Norma Oficial Mexicana el reconocimiento y garantía del ejercicio de los derechos de los enfermos en situación terminal que establece la Ley General de Salud en su Título Octavo Bis.</p>	
<p>15. Senadora. María Teresa Ortuño Gurza. Senado de la República. Legislatura LX.</p> <p>Establecer la aplicación y vigencia de la Ley General de Salud, atendiendo a que es una norma general que da origen a la Norma Oficial Mexicana.</p>	<p>No se acepta el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, ya que en el proemio, se describe con detalle el marco jurídico que sustenta la Norma, en él, se hace referencia a los Títulos Primero, Segundo, Tercero, Cuarto y Octavo Bis de la Ley General de Salud; la versión vigente de la Ley, es la que se toma en cuenta para fundar y motivar esta Norma.</p> <p>Lo anterior de conformidad con la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas.</p>
<p>16. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>En el penúltimo párrafo de la introducción, está de más el término “Asimismo” con el que inicia el párrafo.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización se modifica la redacción del penúltimo párrafo de la introducción, para quedar como sigue:</p> <p>El contenido de esta Norma considera cuatro ámbitos fundamentales de la atención médica a través de los cuidados paliativos: el hospitalario, el ambulatorio, el domiciliario y la atención de urgencia.</p>
<p>17. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>Asimismo, el contenido de esta Norma considera tres ámbitos fundamentales de la atención médica a través de los cuidados paliativos, a saber: el hospitalario, en los tres niveles de atención, el ambulatorio y el domiciliario.</p>	<p>No se acepta el comentario, debido a que los niveles de atención a los que se refiere la propuesta, aplican únicamente al sector público y el campo de aplicación de la Norma debe ser cumplida también por los sectores social y privado.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p>

<p>18. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>Es muy importante mencionar que la presente norma, otorga un peso específico de gran relevancia al profesional de la salud, en virtud de que se pretende evitar al máximo, que los pacientes y sus familiares caigan en manos de charlatanes o defraudadores que pretenden aprovechar las situaciones de crisis en la salud de las personas, únicamente en su beneficio personal, que deterioran aún más el sufrimiento y la catástrofe, socio-familiar.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se modifica la redacción del noveno párrafo de la introducción, para quedar como sigue:</p> <p>Es muy importante mencionar que esta Norma, considera un peso específico de gran relevancia al profesional de la salud, en virtud de que se pretende evitar al máximo, que los pacientes y sus familiares caigan en manos de personas no capacitadas que tratan de aprovechar las situaciones de crisis en la salud de los pacientes en situación terminal, únicamente en su beneficio personal, que deterioran aún más el sufrimiento del individuo y su familia.</p>
<p>19. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>1. Objetivo.</p> <p>Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto, establecer los criterios y procedimientos mínimos y necesarios que permitan otorgar, a través de equipos multi e interdisciplinarios de salud, la aplicación de cuidados paliativos adecuados a los pacientes que cursan una enfermedad en fase terminal, que les proporcionen bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte, promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, previniendo posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono o la prolongación de la agonía, así como de la aplicación de medidas que potencialmente sean susceptibles de constituirse en actos desproporcionados, así como la atención ulterior de la fase de duelo y otras complicaciones sociales generadas por la pérdida esperada o no de un familiar.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, ya que la atención ulterior de la fase de duelo, así como las complicaciones sociales generadas por la pérdida de un familiar, están consideradas en las acciones que proporcionan bienestar a la familia, no obstante se modifica la redacción del objetivo, para quedar como sigue:</p> <p>1. Objetivo.</p> <p>Esta Norma tiene por objeto, establecer los criterios y procedimientos mínimos indispensables, que permitan prestar, a través de equipos inter y multidisciplinarios de salud, servicios de cuidados paliativos a los pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal, a fin de contribuir a proporcionarles bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte, promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, previniendo posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono o la prolongación de la agonía, así como evitar la aplicación de medidas que potencialmente sean susceptibles de constituirse en obstinación terapéutica.</p>
<p>20. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>En el primer párrafo del apartado del objetivo se sugiere una adición:</p> <p>“...tiene por objeto <i>hacer efectivo el ejercicio de los derechos que establece el Título Octavo Bis de la Ley General de Salud y el artículo Primero Transitorio del Decreto que lo creó, así como el Reglamento correspondiente. Para la cual se establece</i> los criterios y procedimientos mínimos...”.</p>	<p>No se acepta el comentario, la estructuración del objetivo de la Norma, se apega a los criterios que establece la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, por lo que no se consideró pertinente incluir la propuesta.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p>

<p>21. Senadora. María Teresa Ortuño Gurza. Senado de la República. Legislatura LX.</p> <p>2. Campo de aplicación.</p> <p>Establecer que, al igual que la Ley General de Salud lo hace, la Norma Oficial Mexicana será aplicada y seguida por las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>Se acepta el comentario, por lo que se modifica la redacción del punto 2. Campo de aplicación, para quedar como sigue:</p> <p>2. Campo de aplicación.</p> <p>Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para todos aquellos establecimientos y prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud que, de manera específica, cuenten con un área o servicio para la prestación de servicios de cuidados paliativos a pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal.</p>
<p>22. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>Para concordancia con la Ley, se propone reformar el párrafo del apartado de Campo de aplicación en los siguientes términos:</p> <p><i>“...obligatoria para la instituciones del Sistema Nacional de Salud conforme lo señala la Ley General de salud en el Capítulo III del Título Octavo Bis.”</i></p>	<p>No se acepta el comentario, la redacción actual del campo de aplicación, cumple con los criterios establecidos en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas. Asimismo, es importante señalar que la Norma se sustenta en diversos ordenamientos jurídicos, no únicamente en la Ley General de Salud.</p>
<p>23. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todos aquellos establecimientos y prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado que de manera específica oferten o cuenten con un área o servicio para la atención de cuidados paliativos a pacientes que cursan una enfermedad en fase terminal o en su defecto, organizarla, crearla y ponerla en marcha, según la idoneidad de sus posibilidades.</p>	<p>Todas las Normas, tienen proemio, el cual consiste en el espacio exclusivo para describir el marco jurídico que les da sustento, por ello no es necesario que en cada apartado, artículo o fracción se haga referencia a la Ley General de Salud. Todas las Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica, están elaboradas con los contenidos que se desprenden de la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en los artículos 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 13, apartado A, fracción I, de la Ley General de Salud.</p> <p>No se acepta el comentario, debido a que el campo de aplicación incluye a todos los establecimientos, que actualmente están operando y laborando y que dentro de su oferta de servicios, proporcionan cuidados paliativos. No es obligatorio que los establecimientos cuenten con este servicio, pero si cuentan con él, deberán apegarse a lo que establece esta Norma.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en los artículos 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 13, apartado A, fracción I, de la Ley General de Salud.</p>

<p>24. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>En el apartado de Referencias se sugiere la siguiente adición al primer párrafo:</p> <p>“... y aplicación de esta Norma, es necesario consultar el <i>Título Octavo Bis de la Ley General de Salud, el mexicanas...</i>” <i>Reglamento de la materia y las normas oficiales...</i>”.</p>	<p>No se acepta el comentario, ya que las referencias que se citan en la norma, corresponden únicamente a las Normas Oficiales Mexicanas que son necesarias consultar, para el mejor entendimiento y aplicación de las disposiciones establecidas en la misma.</p> <p>La Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, establece en el punto 3.2.5, que en el capítulo de referencias sólo se incluyan aquellas Normas, que coadyuven a la mejor comprensión e interpretación de la misma.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p>
<p>25. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>4.1. Calidad de vida, a las condiciones físicas, psicológicas y sociales concretas, que permiten al paciente en fase terminal actuar de acuerdo a sus objetivos, expectativas y creencias, en el contexto de sus relaciones familiares, y sociales y religiosas.</p>	<p>No se acepta el comentario, debido a que el concepto de “relaciones religiosas” no es claro y no enriquece la definición; asimismo, el credo o religión del individuo se encuentran previstas en la Norma Definitiva.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p>
<p>26. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>4.2. Claudicación familiar, a los desajustes en la adaptación de la familia a la condición del enfermo, originados por la aparición de nuevos síntomas o la reaparición de alguno(s) de ellos, que provocan angustia, depresión y que llevan al maltrato y/o abandono del cuidado del paciente.</p>	<p>No se acepta el comentario, toda vez que el propósito de las definiciones, es el de facilitar la comprensión de la Norma y se estima que la definición prevista en el punto 4.2. de la Norma es clara, para los fines de la Norma.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, así como en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas.</p>
<p>27. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>4. Definiciones y abreviaturas</p> <p>En la parte de Definiciones y abreviaturas se sugiere hacer referencia expresa o transcribir íntegramente el artículo 166 bis 1 de la Ley General de Salud, que contiene también definiciones.</p> <p>Sobre todo tener en cuenta que hay términos coincidentes pero con diferente definición, por ejemplo: cuidados paliativos, obstinación terapéutica, etcétera.</p> <p>28. Senadora. María Teresa Ortuño Gurza. Senado de la República. Legislatura LX.</p> <p>Las definiciones que establece la Ley General de Salud deben estar contenidas en los mismos términos en la Norma Oficial.</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, por lo que se modifica la redacción y se reenumera, para quedar como sigue:</p> <p>4.3. Cuidados Paliativos, al cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;</p> <p>4.5. Obstinación terapéutica, a la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía.</p>

<p>29. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>4.3. Cuidados paliativos, al cuidado activos e integrales que, de manera específica, se proporciona a pacientes que cursan la fase terminal de una enfermedad y que se orientan a mantener o incrementar la calidad de vida del paciente en los ámbitos individual, familiar y social; en su caso, con el apoyo y participación de un equipo multi e interdisciplinario.</p> <p>30. Lic. Fabiola Montoya Martín Del Campo. Paliativos México.</p> <p>4.3. Cuidados paliativos, el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial. Incluyendo voluntariado.</p>	
<p>31. Laura Cavazos. Centro de Estudios y Formación Integral de la Mujer (CEFIM).</p> <p>La definición de cuidados Paliativos es parte central de este proyecto, por lo que propongo hacerla lo más completa posible. La organización Mundial de la Salud (OMS) los define <i>como el cuidado activo y total de aquellos pacientes cuya enfermedad no es susceptible de respuesta a tratamiento curativo, en los cuales el control del dolor y otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial. El Objetivo de los Cuidados Paliativos es alcanzar la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son aplicables tempranamente en el curso de la enfermedad en conjunción con los tratamientos activos.</i></p> <p>Partiendo de este punto, el alivio del sufrimiento es el objetivo dominante de los cuidados paliativos.</p> <p>Asimismo, para una mayor claridad, me parece que sería de gran ayuda incluir los objetivos de los cuidados paliativos según esta misma autoridad mundial en el tema de salud. Estos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alivio del dolor y otros síntomas • No alargar ni acortar la vida • Dar apoyo psicológico, social y espiritual • Reafirmar la importancia de la vida • Considerar la muerte como algo normal • Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible • Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo 	<p>No se acepta el comentario, el propósito de las definiciones, es el de facilitar la comprensión de la Norma. El texto actual del punto 4.3. es claro para los fines de la Norma. Las definiciones no tienen como propósito constituirse en parte de un glosario de términos técnicos, científicos o académicos.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p>

<p>32. Laura Cavazos. Centro de Estudio y Formación Integral de la Mujer (CEFIM).</p> <p>En la definición de Ensañamiento terapéutico, sugiero quitar las últimas cuatro palabras, pues aun cuando esta práctica es algo completamente inhumano, lo que se prolonga es efectivamente la vida, y con esto la agonía. En efecto, no puede haber agonía si ya no hay vida.</p> <p>4.4. Ensañamiento u obstinación terapéutica, a todo tratamiento del que nadie puede esperar ningún tipo de beneficio para el paciente, que en determinadas circunstancias se puede constituir en posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia prolongar la agonía y no la vida.</p> <p>33. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>4.4. Ensañamiento u obstinación terapéutica, a todo acto desproporcionado o tratamiento del que nadie puede esperar ningún tipo de beneficio para el paciente, que en determinadas circunstancias se puede constituir en posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia prolongar la agonía y no la vida.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se modifica la redacción, para quedar como sigue:</p> <p>4.5. Obstinación terapéutica, a la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía.</p> <p>No se acepta la propuesta, el término que se propone, no es claro por sí mismo, no enriquece el texto y no es necesario para la comprensión de la Norma.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p>
<p>34. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey - Nuevo León.</p> <p>4.5. Paciente terminal, a todo paciente en fase terminal de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas intensos, múltiples, multifactoriales, cambiantes y progresivos, sin posibilidad de reaccionar positivamente a un tratamiento con expectativas curativas curative; con amplias posibilidades de que su muerte sobrevenga a causa de ese padecimiento, con múltiples síntomas y signos asociados a una muerte inminente.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el término ya se encuentra en el texto del punto 4.4., no obstante se modifica la redacción y se reenumera, para quedar como sigue:</p> <p>4.4. Enfermo en situación terminal, a la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;</p>
<p>35. Laura Cavazos. Centro de Estudios y Formación Integral de la Mujer (CEFIM).</p> <p>Por definición de cuidados paliativos están dirigidos a tratar los síntomas de una enfermedad, sin embargo no son medidas terapéuticas, ya que por éstas generalmente se entiende aquella medida encaminada a dar un tratamiento curativo.</p> <p>Por esto, para sustituir el concepto de "Plan terapéutico" en el punto 4.6, sugiero utilizar el concepto "Plan de cuidados paliativos", definiéndolo como el conjunto de medidas paliativas programadas bajo prescripción e indicación del médico tratante, dirigidas a proporcionar los cuidados paliativos.</p> <p>36. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>4.6. Plan terapéutico paliativo, Conjunto de medidas terapéuticas programadas bajo la prescripción e indicación del o de los médicos tratantes y el equipo afín, dirigidas a proporcionar los cuidados paliativos.</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se modifica la redacción, para quedar como sigue:</p> <p>4.6. Plan de cuidados paliativos, al conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas por el médico tratante, complementadas y supervisadas por el equipo multidisciplinario, las cuales deben proporcionarse al enfermo en situación terminal, en función de su padecimiento específico, otorgando de manera completa y permanente la posibilidad del control de los síntomas asociados al mismo.</p>

<p>37. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>5. Generalidades</p> <p>En el punto 5 Generalidades se sugiere adicionar al inicio del párrafo primero lo establecido en la fracción IV del artículo 33 y el artículo 166 bis 9 de la Ley General de Salud.</p>	<p>No se acepta el comentario, el Capítulo de Generalidades, considera aquellas disposiciones que aplican de manera general a todos los establecimientos que prestan servicios de atención médica, en su modalidad de cuidados paliativos, de conformidad con el punto 4.1., de la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas, que establece que dicho Capítulo contribuye a mejorar la presentación de una Norma y facilitar su consulta.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, así como en la Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la Redacción, Estructuración y Presentación de las Normas Mexicanas.</p>
<p>38. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>Se propone cambiar la palabra “poseer” por la de “tener” en el numeral 5.2 por ser más correcto, los conocimientos se tienen o se adquieren, no es posible su posesión.</p>	<p>Se acepta el comentario, se modifica la redacción del punto 5.2., para quedar como sigue:</p> <p>5.2. Los profesionales y técnicos de las diversas disciplinas de la salud, que presten servicios médicos, en su modalidad de cuidados paliativos, deberán tener los conocimientos académicos necesarios y la capacitación técnica, acordes con el ámbito de su competencia.</p>
<p>39. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>5.3. El médico tratante deberá recomendar al paciente y su familia, tutor o representante legal, la participación de profesionales o técnicos en otras disciplinas o cuidadores designados ya sean familiares o no, que puedan coadyuvar al otorgamiento adecuado de cuidados paliativos al paciente.</p>	<p>No se acepta el comentario, la participación de los familiares del paciente que va a recibir cuidados paliativos, ya se encuentra prevista en los numerales 5.8.1.2., 5.8.1.5., 5.12., 6.2., 6.4. y 7.2.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p>
<p>40. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>5.4. Únicamente los médicos especialistas Todos los médicos especialistas y generales y/o tratamientos especializados de pacientes terminales en donde el tratamiento convencional no haya sido efectivo, durante la administración de los cuidados paliativos, siempre y cuando hayan sido previamente adiestrados en el ámbito de competencia en cuidados paliativos, por programas de capacitación existentes, nacionales o extranjeros acreditados para este fin.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y tomando en consideración la discusión de este punto con el grupo de expertos que participó en la elaboración de la Norma, así como el comentario formulado, se modifica la redacción del punto 5.4, para quedar como sigue:</p> <p>5.4. En caso de tratamiento especializado, en cualquier rama de la medicina, el médico especialista que actúe como médico tratante, prescribirá el plan de cuidados paliativos que corresponda, en términos de lo previsto por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.</p>

<p>41. Lic. Fabiola Montoya Martín del Campo. Paliativos México.</p> <p>5.7 Durante la explicación del plan terapéutico, el médico tratante deberá informar al paciente, en su caso, familiar, tutor o representante legal, el beneficio con la aplicación de los cuidados paliativos sobre la condición terminal de la enfermedad, así como respecto del manejo de los signos y síntomas presentes y futuros.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se modifica la redacción, para quedar como sigue:</p> <p>5.7. Durante la explicación del plan de cuidados paliativos, el médico tratante deberá informar al enfermo en situación terminal, en su caso, familiar, tutor o representante legal, el beneficio deseable con la aplicación de los cuidados paliativos sobre la condición del paciente, así como del manejo de los signos y síntomas.</p>
<p>42. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>Se sugiere adicionar al numeral 5.8 lo dispuesto por el artículo 166 bis 8, referente a la manifestación de voluntad de los menores incapaces.</p> <p>43. Senadora. María Teresa Ortuño Gurza. Senado de la República. Legislatura LX.</p> <p>5.8. La Norma Oficial debe referirse de manera más específica a la forma y términos en que los enfermos en situación terminal, su familia, representante legal o persona de su confianza y, en su caso tutor, deben de dar el consentimiento por escrito ante dos testigos, de acuerdo a la Ley.</p> <p>Además hacer referencia concreta al caso de que el enfermo sea menor de edad.</p> <p>En los formatos para el consentimiento por escrito no se debe considerar la opción de práctica de la eutanasia en cualquiera de sus formas ni de suicidio asistido.</p> <p>44. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>El consentimiento por escrito a que se refiere el numeral 5.8 debe darse en las circunstancias que establece el artículo 166 bis 4 de la Ley General de Salud.</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se modifica la redacción del punto 5.8, para quedar como sigue:</p> <p>5.8. Para poder iniciar con el plan de cuidados paliativos indicado o prescrito por el médico tratante, se deberá recabar la carta de consentimiento informado, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 3.1., del capítulo de Referencias, de esta Norma;</p>
<p>45. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>5.10. El médico tratante deberá tomar en cuenta para establecer el plan terapéutico, previo consentimiento del paciente, en su caso, familiar, tutor o representante legal, las siguientes consideraciones:</p> <p>Diagnóstico y pronóstico (a la familia obligado), (y al paciente consensado y opcional).</p>	<p>No se acepta la propuesta, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el objetivo de la disposición, es el de ampliar la visión del personal de salud acerca de los aspectos que resultan fundamentales para el respeto a los derechos de los pacientes, no obstante, se modifica la redacción y se reenumera, para quedar como sigue:</p> <p>5.8.1. Antes de establecer el plan de cuidados paliativos, el médico tratante deberá obtener el consentimiento informado del paciente y en el caso de menores e incapaces, del familiar, tutor o representante legal, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, así como tomar en cuenta las siguientes consideraciones:</p>

<p>46. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>Se propone cambiar el final del numeral 5.10.6 para quedar:</p> <p>“...por lo tanto, <i>para garantizar la debida</i> atención del paciente.”</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se modifica la redacción y se reenumera, para quedar como sigue:</p> <p>5.8.1.6. Otras consideraciones de carácter personal que complementen la información necesaria para el diseño del plan de cuidados paliativos y por lo tanto, garantizarla mejor atención del paciente.</p>
<p>47. Lic. Fabiola Montoya Martín del Campo. Paliativos México.</p> <p>5.11. Los responsables de los establecimientos, áreas o servicios en los que se otorguen cuidados paliativos, deberán elaborar y desarrollar un programa anual de capacitación y actualización del personal profesional, técnico y auxiliar de la salud, voluntariado, que coadyuven en la atención de los pacientes terminales, sobre los criterios para la aplicación de cuidados paliativos, reforzando especialmente los aspectos relacionados con los derechos y el trato digno del paciente y de sus familiares.</p>	<p>Se acepta el comentario, se modifica la redacción y se reenumera, para quedar como sigue:</p> <p>5.10. Los responsables de los establecimientos o áreas en los que se presten servicios de cuidados paliativos, deberán elaborar y desarrollar cuando menos un programa anual de capacitación y actualización del personal profesional y técnico de la salud, así como del voluntariado, que coadyuven en la atención de los enfermos en situación terminal, sobre los criterios para la aplicación de cuidados paliativos, reforzando especialmente los aspectos relacionados con los derechos y el trato digno del enfermo y de sus familiares.</p>
<p>48. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>5.11. Los responsables de los establecimientos, áreas o servicios en los que se otorguen cuidados paliativos, deberán elaborar y desarrollar un programa anual de capacitación y actualización del personal profesional, técnico y auxiliar de la salud, que coadyuven en la atención de los pacientes terminales, sobre los criterios para la aplicación de cuidados paliativos, reforzando especialmente los aspectos relacionados con los derechos y el trato digno del paciente y de sus familiares, los centros de capacitación deberán establecerse en los terceros niveles de atención.</p>	<p>No se acepta el comentario, el tercer nivel de atención, es un concepto que se aplica exclusivamente en el sector público y el campo de aplicación de la Norma incluye a los sectores social y privado.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p>
<p>49. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>Se sugiere adicionar al final del numeral 5.12 como numeral 5.13 lo establecido en el Capítulo IV del Título Octavo Bis, referente al personal médico y sanitario.</p>	<p>No se acepta el comentario, es necesario señalar que esta Norma es obligatoria para todos los establecimientos de atención médica que presten servicios de cuidados paliativos, así como para el personal profesional y técnico de salud que labora en ellos, según se establece en el objetivo y campo de aplicación de esta Norma, con énfasis en el desempeño y actuación del médico, apegado a principios científicos y éticos, con un profundo respeto a la dignidad y condición de los enfermos en situación terminal que requieren los cuidados paliativos.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p>

<p>50. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>Es importante adicionar un numeral 5.14 que transcriba lo establecido en el último párrafo del artículo 166 bis 16 sobre el suministro de fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente. De la misma manera deberá transcribirse expresamente lo señalado en el artículo 166 bis 21 para que quede clara la diferencia entre cuidados paliativos y suicidio asistido y cualquier de las formas de eutanasia, prohibiendo estas prácticas. Así se hace énfasis en el espíritu del legislador al definir claramente el contenido y alcance de los cuidados paliativos.</p>	<p>No se acepta el comentario, toda vez que las disposiciones de la Norma, son exclusivamente para regular la prestación de servicios de atención médica en la modalidad de cuidados paliativos.</p> <p>Esta Norma no regula la prescripción de ningún tipo de fármaco, ni de suicidio asistido, ni de eutanasia; en el objeto, campo de aplicación y cuerpo de la Norma, queda claro que el objeto de la misma son los cuidados paliativos exclusivamente; por lo mismo, no existe necesidad de establecer diferencia con ningún otro concepto como los que señala el comentario.</p> <p>Asimismo se considera innecesaria la transcripción del contenido de los artículos 166 bis 16 y 166 bis 21, toda vez que se trata de disposiciones que se encuentran en un ordenamiento jurídico de mayor jerarquía y, por lo tanto, independientemente de que se incluyan en esta Norma, las mismas son obligatorias.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p>
<p>51. Lic. Fabiola Montoya Martín del Campo. Paliativos México.</p> <p>5.12. Los responsables de los establecimientos, áreas o servicios en los que se otorguen cuidados paliativos, deberán promover entre la población información sobre los cuidados paliativos incluyendo los principios éticos de la atención médica proporcionada a través de cuidados paliativos, así como la formación de grupos de apoyo psicológico, voluntariado y tanatológico, a fin de obtener la colaboración de las comunidades en la atención de los pacientes y evitar y manejar la claudicación familiar.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se modifica la redacción y se reenumera, para quedar como sigue:</p> <p>5.11. Los responsables de los establecimientos o áreas en los que se presten servicios de cuidados paliativos, deberán promover entre la población los cuidados paliativos como parte de la atención médica proporcionada a los enfermos en situación terminal, así como la formación de grupos sociales de apoyo psicológico, tanatológico y voluntarios, a fin de obtener la colaboración de las comunidades en la atención de dichos enfermos y en su caso, evitar o manejar la claudicación familiar.</p>
<p>52. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>6.1. En toda persona que curse una enfermedad crónica, evolutiva e incurable o que se encuentre en fase terminal, existirá a su favor la presunción del médico tratante, de que requiere cuidados paliativos.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se modifica la redacción, para quedar como sigue:</p> <p>6.1. Toda persona que padezca una enfermedad evolutiva e incurable en situación terminal, tendrá a su favor la presunción de que requiere de cuidados paliativos.</p>
<p>53. Laura Cavazos. Centro de Estudio y Formación Integral de la Mujer (CEFIM).</p> <p>La obstinación terapéutica no solamente debe ser evitada sino que no debe permitirse por lo que propongo utilizar un lenguaje más riguroso. Así mismo propongo mencionar los cuidados básicos y la prohibición de utilizar los medicamentos con el propósito de terminar con la vida del paciente. Todo esto para salvaguardar uno de los propósitos de los cuidados paliativos mencionado anteriormente, el cual dice que no tienen la finalidad de alargar ni acortar la vida. Para no afectar el espíritu de la ley, sugiero realizar los siguientes cambios en el numeral 6.3, de manera que esta norma se apegue lo más posible a lo que la Ley de cuidados paliativos señala.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se modifica la redacción, para quedar como sigue:</p> <p>6.3. El médico tratante deberá evitar incurrir en acciones y conductas que sean consideradas como obstinación terapéutica.</p>

<p>6.3. Por ningún motivo, el médico tratante incurrirá en acciones y conductas que sean consideradas como ensañamiento u obstinación terapéutica. Tampoco podrá incurrir en ningún acto que busque terminar con la vida del paciente. Asimismo, deberá garantizar los cuidados básicos definidos en la ley: la alimentación, hidratación y vía aérea permeable.</p> <p>54. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>6.3. El médico tratante deberá evitar que se incurra en acciones y conductas desproporcionadas que puedan ser consideradas como ensañamiento u obstinación terapéutica.</p>	<p>No se acepta el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, no es necesario el uso del calificativo “desproporcionadas”, ya que existe la posibilidad que el médico incurra en acciones <u>no desproporcionadas</u> que pueden ser consideradas como obstinación terapéutica, no obstante se modifica la redacción, para quedar como sigue:</p> <p>6.3. El médico tratante deberá evitar incurrir en acciones y conductas que sean consideradas como obstinación terapéutica.</p>
<p>55. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>6.4. Los profesionales de la salud, procurarán que el paciente reciba los cuidados paliativos con un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario, en el que no únicamente participe personal del área de la salud, sino que también otras personas, ajenas al ámbito de la salud (cuidadores designados), que apoyen con la instrumentación de acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y que coadyuven en la aplicación del plan terapéutico establecido por el médico tratante.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se modifica la redacción, para quedar como sigue:</p> <p>6.4. El médico tratante, procurará que el enfermo en situación terminal, reciba los cuidados paliativos con un enfoque inter y multidisciplinario, podrán participar otras personas como los cuidadores designados, para apoyar la instrumentación de acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y que coadyuven en la aplicación del plan de cuidados paliativos.</p>
<p>56. Laura Cavazos. Centro de Estudio y Formación Integral de la Mujer (CEFIM).</p> <p>La obstinación terapéutica no solamente debe ser evitada sino que no debe permitirse por lo que propongo utilizar un lenguaje más riguroso. Así mismo propongo mencionar los cuidados básicos y la prohibición de utilizar los medicamentos con el propósito de terminar con la vida del paciente. Todo esto para salvaguardar uno de los propósitos de los cuidados paliativos mencionado anteriormente, el cual dice que no tienen la finalidad de alargar ni acortar la vida. Para no afectar el espíritu de la ley, sugiero realizar los siguientes cambios en el numeral 6.5, de manera que esta norma se apegue lo más posible a lo que la Ley de cuidados paliativos señala.</p> <p>6.5 Es responsabilidad del médico tratante, identificar en su justa magnitud, valorar y atender en forma oportuna, el dolor y síntomas asociados que el paciente terminal refiera, sin importar las distintas localizaciones o grados de intensidad de los mismos, con apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, sin incurrir en ningún momento en acciones o conductas consideradas como ensañamiento terapéutico ni en acciones que tengan como finalidad terminar con la vida del paciente.</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se modifica la redacción, para quedar como sigue:</p> <p>6.5. Es responsabilidad del médico tratante, valorar y atender en forma oportuna, el dolor y síntomas asociados que el enfermo en situación terminal refiera, sin importar las distintas localizaciones o grados de intensidad de los mismos, sin incurrir en ningún momento o circunstancia, en acciones o conductas consideradas como obstinación terapéutica, ni en acciones que tengan como finalidad terminar con la vida del enfermo.</p>

<p>57. Senadora. María Teresa Ortuño Gurza. Senado de la República. Legislatura LX.</p> <p>La Norma debe considerar expresamente la prohibición de las prácticas de eutanasia y de suicidio asistido, el suministro de cualquier medicamento con la finalidad de provocar la muerte, así como el dejar de atender al enfermo con la intención de acelerar y ocasionar la muerte.</p> <p>Circunstancias que no pueden darse aun y cuando sean solicitadas de cualquier forma por el enfermo, su familia, su representante legal, tutor o persona de confianza.</p> <p>58. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>6.5. Es responsabilidad del médico tratante, identificar en su justa magnitud, valorar y atender en forma oportuna, el dolor y síntomas asociados que el paciente terminal refiera, sin importar las distintas localizaciones o grados de intensidad de los mismos, con apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, evitando en todo momento acciones o conductas que puedan ser consideradas como ensañamiento terapéutico, o la aplicación de medidas desproporcionadas.</p>	
<p>59. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>Se sugiere adicionar un numeral 6.6 que establezca lo señalado en el artículo 166 bis 5 de la Ley General de Salud en cuanto al derecho del enfermo a solicitar la suspensión del tratamiento curativo.</p>	<p>Se acepta el comentario, se modifica la redacción, para quedar como sigue:</p> <p>6.6. El enfermo en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a solicitar la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y el inicio del tratamiento paliativo, en los términos de lo dispuesto por el artículo 166 bis 5, de la Ley General de Salud, por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, por esta Norma y demás disposiciones aplicables.</p>
<p>60. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>Se considera necesario referir el numeral 6.3 en el apartado "De la atención y asistencia domiciliaria", numeral 7.1, además del ya referido: el 9.1. Ambos aplican.</p>	<p>Se acepta el comentario, se modifica la redacción, para quedar como sigue:</p> <p>7.1. El domicilio del enfermo en situación terminal, debe ser considerado como el sitio más adecuado para la prestación de los servicios de cuidados paliativos, con excepción de lo señalado en el punto 9.1, de esta Norma. En todos los casos, se deberá cumplir con lo señalado en el punto 6.3, de esta misma.</p>

<p>61. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>7.3.2. Los fármacos y esquemas terapéuticos a ministrar; incluyendo opioides de los grupos I y II en una forma continua y permanente.</p> <p>La Institución de Salud que provea el cuidado paliativo ambulatorio deberá contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Brigadas domiciliarias formadas con un médico(a), enfermera, psicóloga y trabajadora social (equipo básico), con un calendario pre-establecido continuo y permanente de visitas y de atención. -Detectar los fenómenos sociales, psicológicos, y familiares generados por la enfermedad y sus posibles consecuencias. -Garantizar el abasto continuo y permanente de recursos farmacológicos vgr, opioides del grupo I y II, y el material de curación necesario en cada caso. 	<p>No se acepta el comentario, ya que no es pertinente, ni procedente, especificar el tipo de medicamentos que requiere el enfermo en situación terminal, ya que sería limitar la libertad prescriptiva del médico tratante, además de que no existe sustento jurídico para ello.</p> <p>Cada institución o establecimiento que preste servicios de cuidados paliativos, deberá instrumentar la presente Norma, conforme a las características de operación, recursos humanos, materiales, tecnológicos y presupuestales o financieros, propios del sector público, social o privado a que corresponda. No tienen porqué ser iguales en su organización y funcionamiento.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p>
<p>62. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>Se sugiere adecuar el numeral 7.3.3 con el artículo 166 bis 13, fracción III, referente a la atención telefónica.</p>	<p>No se acepta el comentario, la obligación de cumplir lo dispuesto en el punto 7.3.3. mencionado, está dirigida exclusivamente a la Secretaría de Salud.</p> <p>La Norma señala el derecho de recibir información e instrucciones por escrito, así como capacitación respecto del apoyo y asesoría telefónica ante una crisis, para los establecimientos médicos públicos, sociales y privados. La Ley señala que la Secretaría de Salud, pondrá en operación una línea telefónica gratuita para orientación, asesoría y seguimiento. Es necesario destacar, que si bien en ambos casos se refiere a tener acceso a una línea telefónica, la Norma, no puede obligar a los diferentes establecimientos de atención médica de los sectores público, social y privado a que pongan a disposición del público una línea gratuita; por ello se señala el derecho de acceso, pero no el mecanismo, ni la modalidad.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p>
<p>63. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>9.1.2. Pacientes con enfermedades progresivas con dolor o síntomas físicos o psicológicos severos, no controlables con las medidas establecidas para los cuidados ambulatorios o en el domicilio del paciente. Cuando se tengan que practicar estudios de diagnóstico especiales y/o tratamientos paliativos especializados (radioterapia, quimioterapia, cirugía o manejo intervencionista del dolor).</p>	<p>Se acepta el comentario, se crea un nuevo punto 9.1.5., para incluir la propuesta, para quedar como sigue:</p> <p>9.1.5. Que se tengan que practicar estudios de diagnóstico especiales o tratamiento de cuidados paliativos especializados.</p>
<p>64. Lic. Fabiola Montoya Martín del Campo. Paliativos México.</p> <p>9.3. El personal técnico y auxiliar de una unidad médica hospitalaria, deberá apoyar al personal médico, a fin de contribuir en la capacitación y sensibilización del paciente y familiares, sobre temas de alimentación, higiene, medidas de seguridad en los cuidados directos del enfermo, cambios posturales, manejo de escaras, ministración de fármacos, manejo de crisis, orientación sobre comunicación con el enfermo y, en general; difundiendo diferentes métodos en beneficio del paciente.</p>	<p>Se acepta el comentario, se modifica la redacción, para quedar como sigue:</p> <p>9.3. El personal técnico de un establecimiento de atención médica hospitalaria, deberá apoyar al personal médico en la capacitación y sensibilización del enfermo en situación terminal y familiares, sobre temas de alimentación, higiene, medidas de seguridad en los cuidados directos del enfermo, cambios posturales, manejo de escaras, ministración de fármacos, manejo de crisis, orientación sobre comunicación con el enfermo y, en general, sobre diferentes métodos que hagan posible el cuidado integral del enfermo.</p>

<p>65. Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C. CONSTRUYE.</p> <p>Se sugiere adicionar en el apartado de Atención Hospitalaria la conformación y funciones de los Comités de Bioética, conforme lo establece la Ley y, en su momento, su Reglamento.</p> <p>66. Senadora. María Teresa Ortuño Gurza. Senado de la República. Legislatura LX.</p> <p>La Norma Oficial debe establecer la conformación y funciones de los Comités de Bioética de acuerdo a la Ley.</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, se incluye un nuevo punto 9.4, para quedar como sigue:</p> <p>9.4. En el caso de que un enfermo en situación terminal presente una urgencia médica y exista incapacidad para expresar su consentimiento, en ausencia de un familiar, representante legal, tutor o persona de confianza, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables, la decisión de aplicar un tratamiento o un procedimiento quirúrgico, será tomada por el médico tratante, el especialista que corresponda o en su caso, por el Comité de Bioética del establecimiento hospitalario.</p>
<p>67. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>9.4. En los establecimientos de atención médica para el internamiento de pacientes, en los que se pongan a disposición del público la atención médica a través de cuidados paliativos, se deberá contar con el abasto continuo y permanente de recursos farmacológicos vgr. Opioides del grupo I y II, y el material de curación necesario en casa caso y garantizarlo.</p> <p>- En los terceros niveles de atención deberán contar con un equipo de soporte completo de profesionales al servicio de los pacientes terminales a saber: médicos especialistas, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, formando el equipo completo, y otorgar además de la atención a un programa de capacitación académico técnica que garantice la formación de recursos humanos en los tres niveles de atención, adecuado a la complejidad operativa de cada uno de ellos.</p>	<p>No se acepta el comentario, la inclusión de un nuevo punto como el que se propone en las disposiciones contenidas en esta Norma no es necesaria. La Norma establece los mínimos indispensables de cumplimiento obligatorio para la prestación de servicios de cuidados paliativos, la Norma no es el instrumento idóneo para establecer la obligatoriedad de contar con determinados recursos farmacológicos, material de curación y recursos humanos, sin embargo, ello no es limitativo de que los establecimientos que proporcionan cuidados paliativos, dispongan de recursos diversos y suficientes para prestar el servicio.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p>
<p>68. Dr. José Alberto Flores Cantisani. IMSS Monterrey-Nuevo León.</p> <p>10.3. En el servicio de urgencias, se deberá interrogar al paciente, familiar o representante legal a fin de que proporcione, si fuera el caso, los datos de los profesionales de la salud que requieran ser interconsultados o cuya intervención en la atención del paciente en estado de crisis pudiera resultar pertinente, en virtud de que la complejidad del caso, rebase la capacidad resolutoria de los prestadores de servicios de atención médica que en ese momento se encuentran en el establecimiento.</p> <p>El equipo de cuidados paliativos estará obligado a la atención del duelo generado por la pérdida o ausencia del enfermo, a sus familiares y/o cuidadores principales, con el objetivo de prever el sufrimiento colateral por la pérdida.</p>	<p>No se acepta el comentario de adicionar un segundo párrafo en el numeral 10.3, toda vez que la promoción y apoyo psicológico, tanatológico y voluntarios de la atención médica proporcionada a los enfermos en situación terminal, están contenidos de manera genérica en el numeral 5.11 de esta Norma, sin que ello sea limitativo para que cada institución o establecimiento de acuerdo con su función social y características de organización y funcionamiento, elabore sus propios programas y manuales específicos.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en el artículo 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p>

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 23 de octubre de 2014.- 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, **Eduardo González Pier**.- Rúbrica.

ANEXO II para el ejercicio fiscal 2014 del Acuerdo de Coordinación para el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud, correspondiente al Estado de Durango.

ANEXO II PARA EL EJERCICIO FISCAL 2014 DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE DURANGO.

ANTECEDENTES

I. Con fecha 15 de mayo de 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, mediante el cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud en lo sucesivo "SISTEMA", con lo que se estableció a nivel de Ley el sistema de protección financiera para hacer efectivo lo preceptuado en el Artículo 4o. Constitucional.

II. El 25 de enero de 2005, en virtud de lo dispuesto en su artículo 77 Bis 6 de la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud Federal y el Ejecutivo del Gobierno del Estado de Durango en adelante "ESTADO" suscribieron el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, y que en adelante se le denominará "ACUERDO", mediante el cual establecieron las bases y compromisos entre "LAS PARTES" para la ejecución del "SISTEMA", en esa circunscripción territorial.

III. Que de conformidad con lo dispuesto en la cláusula primera del "ACUERDO" formarán parte del mismo los Anexos debidamente suscritos por los representantes operativos debidamente acreditados de la Secretaría de Salud Federal y el "ESTADO", y entre los cuales se señala al ANEXO II que deberá suscribirse para ejercicio fiscal.

CLÁUSULAS

PRIMERA.- Al amparo del "ACUERDO" se establece la Proyección de Cobertura para el Ejercicio Fiscal 2014, en adelante "Proyección de Cobertura", en los términos que se señalan como anexo uno "APARTADO UNO del ANEXO II", que una vez firmado formará parte del presente instrumento.

SEGUNDA.- "LAS PARTES" convienen que la "Proyección de Cobertura" expresada en el "APARTADO UNO del ANEXO II" de este instrumento, podrá ser sujeta de revisión por las partes y en su caso de ajuste, cuando:

a) A la Baja

Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la entidad federativa, por tanto se afecten las metas establecidas.

b) A la Alza

Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio. En este caso, su procedencia quedará sujeta a la disponibilidad presupuestal de la entidad federativa y de la Federación en relación a las aportaciones a su cargo, además del cumplimiento de los indicadores de desempeño que se describen como anexo dos: "APARTADO DOS del ANEXO II" del presente instrumento.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la entidad federativa deberá dirigir comunicación expresa al titular de la "COMISIÓN" a efecto de que se analice su solicitud a la cual le recaerá la respuesta que corresponda, misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente instrumento.

TERCERA.- “LAS PARTES” convienen que para el ejercicio del cierre mensual se considerará lo siguiente:

- a) Para que la entidad federativa pueda aspirar a la Proyección de Cobertura expresada en “APARTADO UNO del ANEXO II” como columna “B”, deberá cumplir al menos con el número de registros de reafiliación establecidos en la columna “D”.
- b) En caso de que la entidad federativa no alcance el mínimo establecido en la columna “D”, entonces se gestionará conforme a la fórmula siguiente: $(B-C) + \text{REAFILIACIÓN REAL ALCANZADA}$. La entidad federativa tendrá hasta el mes de julio la posibilidad de recuperar la cobertura programada en la columna “B”. A partir del mes de agosto procederá la fórmula establecida en el siguiente inciso.
- c) De no alcanzarse el mínimo programado de reafiliación a partir del mes de agosto a diciembre, se aplicará la fórmula siguiente: al crecimiento neto del año se le dividirá entre cinco para determinar el número de registros por los cuales no se les gestionará el recurso en el mes que corresponda; por lo tanto, la entidad federativa estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras entidades federativas con el mejor desempeño en el mes de diciembre.

En caso de reasignación, la entidad federativa “no” podrá recuperar el número de registros cedidos y su Proyección de Cobertura señalada en la columna “B” del APARTADO UNO del Anexo II en el mes subsecuente se modificará de manera automática de conformidad con el resultado de la fórmula.

CUARTA.- “LAS PARTES” convienen que para el ejercicio del cierre mensual la gestión de transferencia de recursos se aplicará la prelación siguiente:

- 1.1 Población vulnerable (menores de 5 años y mujeres embarazadas).
- 1.2 Población beneficiaria del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
- 1.3 Beneficiarios de los municipios considerados en el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre.
- 1.4 Población reafiliada en el corte de información.
- 1.5 Población abierta

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema se cubrirá con base en la normatividad vigente dependiendo del tipo de población al que pertenezcan.

QUINTA.- “LAS PARTES” acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación y cumplimiento de las cláusulas del presente convenio se sujetarán a la jurisdicción y competencia de los tribunales federales del Distrito Federal, por lo que desde este momento renuncian a cualquier otra jurisdicción o competencia que les pudiera corresponder en razón de sus domicilios presentes o futuros, o por cualquier otra razón.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente instrumento y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por triplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, D.F., a los 24 días del mes de marzo de 2014.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel J. O’Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Durango: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango, **Eduardo Díaz Juárez**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Durango: el Titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Durango, **Ramón García Rivera**.- Rúbrica.

ANEXO II
DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
PROYECCIÓN DE COBERTURA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2014

Estado de Durango		Proyección en número de personas			
Cierre de Afiliación 2013:		793,643			
	Proyección de Cobertura		Reafiliación		
	Crecimiento	Acumulada	Acumulada	Mínima Gestión de Transferencia de Recursos	Mínima Ampliación de Cobertura
	A	B	C	D	E
Enero	0	793,643	22,710	681	1,817
Febrero	0	793,643	36,628	2,564	4,395
Marzo	0	793,643	55,839	7,259	10,051
Abril	0	793,643	65,094	11,066	14,321
Mayo	0	793,643	82,986	19,087	23,236
Junio	0	793,643	106,415	32,989	38,309
Julio	28,852	822,495	127,393	47,135	53,505
Agosto	0	822,495	161,999	69,660	77,760
Septiembre	0	822,495	205,629	113,096	123,377
Octubre	0	822,495	235,303	145,888	157,653
Noviembre	0	822,495	254,413	173,001	185,721
Diciembre	0	822,495	267,706	192,748	206,134
Total Anual	28,852	822,495	267,706	192,748	206,134

- La columna "A", corresponde al crecimiento neto que considera los nacimientos totales estimados por CONAPO, aplicando la tasa de natalidad por Estado de 2013 a 2014, distribuidos por mes con base en la estacionalidad. Asimismo, también toma en cuenta la regularización de los registros correspondientes a la demanda adicional observada de afiliación en el 2013, que cumplieron con los criterios de validación.

- La columna "B", corresponde a la proyección de cobertura acumulada al mes en el 2014.

- La columna "C", corresponde a los vencimientos de 2014 acumulados mensualmente en el cierre de diciembre 2013.

- La columna "D", corresponde al porcentaje mínimo de reafiliaciones con vencimiento en el mes de corte (a partir de febrero en cifras acumuladas) que la Entidad Federativa debe alcanzar para estar en condiciones de acceder a la proyección de cobertura acumulada programada (columna "B") del presente Anexo.

- La columna "E", corresponde al mínimo de reafiliación en el mes de corte (a partir de febrero en cifras acumuladas) que la Entidad Federativa debe alcanzar para estar en condiciones de ampliación de Proyección de Cobertura de afiliación en el mes de diciembre.

- La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema se cubrirá con base en la normatividad vigente dependiendo del tipo de población al que pertenezcan.

El presente Anexo II del Acuerdo de Coordinación, se firma por los que en él intervienen en triplicado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los 24 días del mes de marzo de 2014.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel J. O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Durango: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango, **Eduardo Díaz Juárez**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Durango: el Titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Durango, **Ramón García Rivera**.- Rúbrica.

APARTADO DOS DEL ANEXO II**INDICADORES DE DESEMPEÑO**

Con fundamento en los artículos 77 Bis 6 y 67 de la Ley General de Salud (Ley) y del Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Protección Social en Salud (Reglamento) se establece los presentes indicadores de desempeño.

ALCANCES:

Los presentes indicadores se establecen a efecto de medir el grado de cumplimiento de las metas y compromisos contraídos entre la Federación y las entidades federativas en el presente ejercicio fiscal, su aplicación determinará la procedencia en su caso de las solicitudes de modificación a la alza de la Proyección de Cobertura por demanda extraordinaria de afiliación.

Las áreas responsables en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud de llevar el registro de su seguimiento serán las Direcciones Generales de Afiliación y Operación (DGAO) y de Financiamiento (DGF), en cuanto a los resultados esperados de registro del Programa Operativo Anual (POA), la reafiliación, la supervisión, los excedentes, así como la comprobación de los recursos transferidos por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal.

PARÁMETROS

Los indicadores considerados con su peso relativo se describen en la tabla siguiente:

INDICADOR		PESO RELATIVO EN EL GLOBAL	PESO ESPECÍFICO	FECHA DE EVALUACIÓN	
				AMPLIACIÓN DE PROYECCIÓN DE COBERTURA	GESTIÓN DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS
I	Reafiliación	30	100	Mensual a partir del mes de enero a diciembre de 2014	Mensual
II	Comprobación del ejercicio de la CS y ASF anteriores y hasta 2011	30	100	Junio 2014	N/A
III	Supervisión	10	100	Cuando aplique	N/A
IV	Excedentes (afiliación por arriba de la Cobertura acordada)	5	100	Mensual a partir del mes de agosto de 2014	N/A
V	Registro de POA	15	100	Junio de 2014	N/A
VI	Comprobación del Gasto de Operación 2013	10	100		
TOTAL		100			

Las entidades federativas que sean consideradas para ampliación de Proyección de Cobertura, serán aquellas que acumulen la mejor puntuación en sus indicadores.

I. REAFILIACIÓN

Este indicador considera un máximo de 30 puntos a obtener por parte de la entidad federativa, con dos componentes operativos: mínimo de reafiliación para la gestión de transferencia de recursos y mínimo de cumplimiento de reafiliación para calificar en el indicador para incremento de Proyección de Cobertura al final del ejercicio fiscal, conforme lo siguiente:

GESTIÓN DE RECURSOS

Si el resultado de reafiliación al mes de corte es mayor o igual al dato de la Columna D del APARTADO UNO del Anexo II, entonces procede la gestión de transferencia de recursos hasta B, caso contrario (B-C) + REAFILIACIÓN REAL ALCANZADA; la entidad federativa tendrá posibilidades de recuperar el máximo programado en la columna B hasta el corte del mes de julio, a partir del mes de agosto aplicará lo comprendido en el inciso c) de la cláusula tercera de las declaraciones del Anexo II.

PARA AMPLIACIÓN DE PROYECCIÓN DE COBERTURA

Si el resultado de reafiliación al mes de corte es mayor o igual al dato de la Columna E del APARTADO UNO del Anexo II, la entidad federativa sumará mensualmente el peso específico que corresponda y será considerada para ampliación de Proyección de Cobertura al final del ejercicio fiscal. Un resultado menor al expresado en la columna E no acumula el peso relativo para ampliación de Proyección de Cobertura.

Donde:

A = Crecimiento programado acumulado al mes de corte.

B = Proyección de cobertura programada acumulada al mes.

C = Se refiere al número de registros que pierden vigencia en 2014 en el mes de corte.

D = Reafiliación mínima para gestión de transferencia de recursos.

E = Reafiliación mínima para ampliación de Proyección de Cobertura.

El cumplimiento de reafiliación para que se gestione la Proyección de Cobertura del mes que corresponda (Columna B del APARTADO UNO del Anexo II), es alcanzar la reafiliación mínima establecida en el (Columna D del APARTADO UNO del Anexo II).

Para ser sujetos a la ampliación de Proyección de Cobertura vía reconocimiento de la demanda adicional de registros se deberá cumplir con un 5 por ciento adicional de la meta mínima establecida en la Columna D del APARTADO UNO del Anexo II de enero a diciembre del presente año, tal como se muestra en la tabla siguiente:

MES	PORCENTAJE MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO PARA AMPLIACIÓN DE META
Enero	3	8
Febrero	7	12
Marzo	13	18
Abril	17	22
Mayo	23	28
Junio	31	36
Julio	37	42
Agosto	43	48
Septiembre	55	60
Octubre	62	67
Noviembre	68	73
Diciembre	72	77

La ampliación de Proyección de Cobertura se reconocerá al final del ejercicio fiscal, en caso de que la entidad federativa obtenga la mejor puntuación como resultado de la suma de todos los indicadores, el crecimiento o ampliación, estará en función de la disponibilidad financiera y de la bolsa que se vaya generando de los registros cedidos de las entidades federativas que no alcancen su meta mínima de reafiliación mes con mes, a partir de agosto de acuerdo a la tabla siguiente:

NÚMERO DE MESES EN LOS QUE SE CUMPLIÓ CON EL PORCENTAJE MÍNIMO PARA AMPLIACIÓN DE META	PESO RELATIVO DE LA REAFILIACIÓN (PRR)
12	30.0
11	27.5
10	25.0
9	22.5

8	20.0
7	17.5
6	15.0
5	12.5
4	10.0
3	7.5
2	5.0
1	2.5

II. COMPROBACIÓN DE CS Y ASF (2007 a 2011)

En busca de una condición deseable a lo establecido en los artículos 77 bis 5 inciso B), fracción VIII, 77 bis 24 de la Ley y 82 del Reglamento en el que se establece que las entidades federativas tienen la obligación de informar sobre el ejercicio de los recursos transferidos para la operación del Sistema de Protección Social en Salud (Sistema).

Este indicador tendrá un peso relativo máximo de 30 puntos al registrarse el cumplimiento de la comprobación de los recursos para los ejercicios fiscales anteriores, e incluido el 2011. Las ponderaciones que se asignarán se presentan en el siguiente cuadro:

GRADO DE COMPROBACIÓN	PESO RELATIVO DE FINANCIAMIENTO (PRF)	FECHA DE EVALUACIÓN
DE 90 A 100	30.0	Junio
DE 80 A 89.9	27.0	
DE 70 A 79.9	24.0	
DE 60 A 69.9	21.0	
DE 50 A 59.9	18.0	
DE 40 A 49.9	15.0	
DE 30 A 39.9	12.0	
DE 20 A 29.9	9.0	
DE 10 A 19.9	6.0	
DE 0 A 9.9	3.0	

Para obtener el peso específico de este indicador, se tomará la suma de los porcentajes de cumplimiento dividido entre 5 tal como se muestra a continuación:

$$\text{PE Fin} = (\% \text{ de Cum } 2007 + \% \text{ de Cum } 2008 + \% \text{ de Cum } 2009 + \% \text{ de Cum } 2010 + \% \text{ de Cum } 2011) / 5.$$

Donde:

PE Fin = Peso Específico de Financiamiento.

% de Cum 2007 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2007.

% de Cum 2008 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2008.

% de Cum 2009 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2009.

% de Cum 2010 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2010.

% de Cum 2011 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2011.

III. SUPERVISIÓN

La supervisión en materia de afiliación y operación, tiene por objetivo garantizar la consistencia y confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema, mediante la verificación de procesos sustantivos de la Afiliación y Operación en las entidades federativas, considerando para ello, la correcta integración de los expedientes familiares de afiliación, las visitas domiciliarias a las familias registradas, el correcto registro a través de las aplicaciones informáticas, así como la adecuada orientación del gasto de operación destinado a promoción, imagen institucional, operativos de afiliación, equipamiento de los MAO y mantenimiento del Padrón.

Para este indicador todas las entidades federativas cuentan de entrada con el valor máximo a obtener si no fueran objeto de supervisión en el presente ejercicio fiscal, caso contrario de conformidad con los resultados de supervisión en materia de afiliación, se aplicará un peso específico a fin de obtener el grado de cumplimiento o "valor del desempeño" alcanzado por cada uno de los Regímenes Estatales, de acuerdo a la tabla siguiente:

PESO ESPECÍFICO	PESO RELATIVO EN LA SUPERVISIÓN (PRS)	FECHA DE EVALUACIÓN
DE 90 A 100	10.0	Cuando aplique
DE 80 A 89.9	9.0	
DE 70 A 70.9	8.0	
DE 60 A 69.9	7.0	
DE 50 A 59.9	6.0	

IV. EXCEDENTES (afiliación por arriba de la Cobertura convenida)

Con la finalidad de asegurar la sustentabilidad financiera del Sistema de Protección Social en Salud, se deberá cuidar en todo momento que en cada cierre hasta el mes de noviembre no se cuente con más de un 10% de excedentes en el Padrón Estatal, el indicador tiene un máximo 5 puntos de peso relativo para que la entidad federativa pueda ser susceptible de ampliación de Proyección de Cobertura como se muestra a continuación:

EXCEDENTES	
NÚMERO DE MESES EN LOS QUE CUMPLIÓ CON UN REGISTRO MENOR O IGUAL AL 10%	PESO RELATIVO DEL INDICADOR
11	5.00
10	4.55
9	4.09
8	3.63
7	3.18
6	2.72
5	2.27
4	1.81
3	1.36
2	0.90
1	0.45

V. REGISTRO DE PROGRAMA OPERATIVO ANUAL

Este indicador mide la oportunidad en el registro del POA correspondiente a la Operación del Régimen de Protección Social en Salud (REPSS) a partir de la emisión de la actualización a los Lineamientos de Gasto de Operación, dados a conocer mediante oficio CNPSS-DGAO-234-2014, de fecha 20 de marzo de 2014, tendrá un peso relativo dentro de la calificación final 15, de acuerdo a las siguientes ponderaciones:

FECHA DE REGISTRO DE POA	PESO ESPECÍFICO	PESO RELATIVO EN EL REGISTRO DEL POA (PRRPOA)	FECHA DE EVALUACIÓN
Del 01 al 15 de abril	100	15.0	30 de junio de 2014
Del 16 al 30 de abril	90	13.5	
Del 01 al 15 de mayo	80	12.0	
Del 16 al 31 de mayo	70	10.5	
Del 01 al 15 de junio	60	9.0	
Del 16 al 30 de junio	50	7.5	
Del 01 de julio en adelante	40	6.0	

VI. COMPROBACIÓN DEL GASTO DE OPERACIÓN 2013

Considerando que la programación del gasto del REPSS está determinado para ejercerse en actividades que inician y concluyen con el ejercicio fiscal, lo deseable es que la acreditación del gasto se encuentre cerrada en el siguiente ejercicio fiscal, para lograr ese propósito se establece este indicador que tendrá un peso relativo del 10% sobre la calificación final a efecto de ser sujeto de ampliación de Proyección de Cobertura.

La fecha de corte en la que se evaluará este indicador, será al cierre del primer semestre de 2014 y se le asignarán los valores siguientes en función del grado de avance en dicha comprobación.

PESO ESPECÍFICO	PESO RELATIVO EN LA COMPROBACIÓN DEL GASTO DE OPERACIÓN 2013 (PRCGO)	FECHA DE EVALUACIÓN
90.1 A 100	10.0	30 de junio de 2014
80.1 A 90	9.0	
70.1 A 80	8.0	
60.1 A 70	7.0	
50.1 A 60	6.0	
40.1 A 50	5.0	
30.1 A 40	4.0	
0.1 A 30	3.0	

RESULTADOS

Las entidades federativas que acumulen la mejor puntuación como resultado de aplicar la fórmula siguiente: PRR + PRF + PRS + PRE + PRRPOA + PRCGO al mes de diciembre, donde:

PRR = Peso Relativo de Reafiliación.

PRF = Peso Relativo de Financiamiento.

PRS = Peso Relativo de Supervisión.

PRE = Peso Relativo de Excedentes.

PRRPOA = Peso Relativo de Registro del POA.

PRCGO = Peso Relativo de Comprobación del Gasto de Operación 2013.

A partir de agosto y meses subsecuentes, serán susceptibles de modificación de su Proyección de Cobertura.

Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel J. O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Durango: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango, **Eduardo Díaz Juárez**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Durango: el Titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Durango, **Ramón García Rivera**.- Rúbrica.

ANEXO II para el ejercicio fiscal 2014 del Acuerdo de Coordinación para el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud, correspondiente al Estado de Guanajuato.

ANEXO II PARA EL EJERCICIO FISCAL 2014 DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE GUANAJUATO.

ANTECEDENTES

I. Con fecha 15 de mayo de 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, mediante el cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud en lo sucesivo "SISTEMA", con lo que se estableció a nivel de Ley el sistema de protección financiera para hacer efectivo lo preceptuado en el Artículo 4o. Constitucional.

II. El 2 de febrero de 2004, en virtud de lo dispuesto en su artículo 77 Bis 6 de la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud Federal y el Ejecutivo del Gobierno del Estado de Guanajuato en adelante "ESTADO" suscribieron el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, y que en adelante se le denominará "ACUERDO", mediante el cual establecieron las bases y compromisos entre "LAS PARTES" para la ejecución del "SISTEMA", en esa circunscripción territorial.

III. Que de conformidad con lo dispuesto en la cláusula primera del "ACUERDO" formarán parte del mismo los Anexos debidamente suscritos por los representantes operativos debidamente acreditados de la Secretaría de Salud Federal y el "ESTADO", y entre los cuales se señala al ANEXO II que deberá suscribirse para ejercicio fiscal.

CLÁUSULAS

PRIMERA.- Al amparo del "ACUERDO" se establece la Proyección de Cobertura para el Ejercicio Fiscal 2014, en adelante "Proyección de Cobertura", en los términos que se señalan como anexo uno "APARTADO UNO del ANEXO II", que una vez firmado formará parte del presente instrumento.

SEGUNDA.- "LAS PARTES" convienen que la "Proyección de Cobertura" expresada en el "APARTADO UNO del ANEXO II" de este instrumento, podrá ser sujeta de revisión por las partes y en su caso de ajuste, cuando:

a) A la Baja

Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la entidad federativa, por tanto se afecten las metas establecidas.

b) A la Alza

Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio. En este caso, su procedencia quedará sujeta a la disponibilidad presupuestal de la entidad federativa y de la Federación en relación a las aportaciones a su cargo, además del cumplimiento de los indicadores de desempeño que se describen como anexo dos: "APARTADO DOS del ANEXO II" del presente instrumento.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la entidad federativa deberá dirigir comunicación expresa al titular de la "COMISIÓN" a efecto de que se analice su solicitud a la cual le recaerá la respuesta que corresponda, misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente instrumento.

TERCERA.- “LAS PARTES” convienen que para el ejercicio del cierre mensual se considerará lo siguiente:

- a) Para que la entidad federativa pueda aspirar a la Proyección de Cobertura expresada en “APARTADO UNO del ANEXO II” como columna “B”, deberá cumplir al menos con el número de registros de reafiliación establecidos en la columna “D”.
- b) En caso de que la entidad federativa no alcance el mínimo establecido en la columna “D”, entonces se gestionará conforme a la fórmula siguiente: $(B-C) + \text{REAFILIACIÓN REAL ALCANZADA}$. La entidad federativa tendrá hasta el mes de julio la posibilidad de recuperar la cobertura programada en la columna “B”. A partir del mes de agosto procederá la fórmula establecida en el siguiente inciso.
- c) De no alcanzarse el mínimo programado de reafiliación a partir del mes de agosto a diciembre, se aplicará la fórmula siguiente: al crecimiento neto del año se le dividirá entre cinco para determinar el número de registros por los cuales no se les gestionará el recurso en el mes que corresponda; por lo tanto, la entidad federativa estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras entidades federativas con el mejor desempeño en el mes de diciembre.

En caso de reasignación, la entidad federativa “no” podrá recuperar el número de registros cedidos y su Proyección de Cobertura señalada en la columna “B” del APARTADO UNO del Anexo II en el mes subsecuente se modificará de manera automática de conformidad con el resultado de la fórmula.

CUARTA.- “LAS PARTES” convienen que para el ejercicio del cierre mensual la gestión de transferencia de recursos se aplicará la prelación siguiente:

- 1.1 Población vulnerable (menores de 5 años y mujeres embarazadas).
- 1.2 Población beneficiaria del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
- 1.3 Beneficiarios de los municipios considerados en el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre.
- 1.4 Población reafiliada en el corte de información.
- 1.5 Población abierta

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema se cubrirá con base en la normatividad vigente dependiendo del tipo de población al que pertenezcan.

QUINTA.- “LAS PARTES” acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación y cumplimiento de las cláusulas del presente convenio se sujetarán a la jurisdicción y competencia de los tribunales federales del Distrito Federal, por lo que desde este momento renuncian a cualquier otra jurisdicción o competencia que les pudiera corresponder en razón de sus domicilios presentes o futuros, o por cualquier otra razón.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente instrumento y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por triplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, D.F., a los 24 días del mes de marzo de 2014.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel J. O’Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por el Estado: el Director General del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**.- Rúbrica.- El Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, **Gabriel Cortés Gallo**.- Rúbrica.

ANEXO II
DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
PROYECCIÓN DE COBERTURA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2014

Estado de Guanajuato		Proyección en número de personas			
Cierre de Afiliación 2013:		3,177,092			
	Proyección de Cobertura		Reafiliación		
	Crecimiento	Acumulada	Acumulada	Mínima Gestión de Transferencia de Recursos	Mínima Ampliación de Cobertura
	A	B	C	D	E
Enero	0	3,177,092	22,593	678	1,807
Febrero	0	3,177,092	47,598	3,332	5,712
Marzo	0	3,177,092	100,651	13,085	18,117
Abril	0	3,177,092	147,042	24,997	32,349
Mayo	0	3,177,092	206,353	47,461	57,779
Junio	0	3,177,092	502,355	155,730	180,848
Julio	101,772	3,278,864	597,946	221,240	251,137
Agosto	0	3,278,864	670,820	288,453	321,994
Septiembre	0	3,278,864	1,158,731	637,302	695,239
Octubre	0	3,278,864	1,234,928	765,655	827,402
Noviembre	0	3,278,864	1,316,683	895,344	961,179
Diciembre	0	3,278,864	1,440,200	1,036,944	1,108,954
Total Anual	101,772	3,278,864	1,440,200	1,036,944	1,108,954

- La columna "A", corresponde al crecimiento neto que considera los nacimientos totales estimados por CONAPO, aplicando la tasa de natalidad por Estado de 2013 a 2014, distribuidos por mes con base en la estacionalidad. Asimismo, también toma en cuenta la regularización de los registros correspondientes a la demanda adicional observada de afiliación en el 2013, que cumplieron con los criterios de validación.

- La columna "B", corresponde a la proyección de cobertura acumulada al mes en el 2014.

- La columna "C", corresponde a los vencimientos de 2014 acumulados mensualmente en el cierre de diciembre 2013.

- La columna "D", corresponde al porcentaje mínimo de reafiliaciones con vencimiento en el mes de corte (a partir de febrero en cifras acumuladas) que la Entidad Federativa debe alcanzar para estar en condiciones de acceder a la proyección de cobertura acumulada programada (columna "B") del presente Anexo.

- La columna "E", corresponde al mínimo de reafiliación en el mes de corte (a partir de febrero en cifras acumuladas) que la Entidad Federativa debe alcanzar para estar en condiciones de ampliación de Proyección de Cobertura de afiliación en el mes de diciembre.

- La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema se cubrirá con base en la normatividad vigente dependiendo del tipo de población al que pertenezcan.

El presente Anexo II del Acuerdo de Coordinación, se firma por los que en él intervienen en triplicado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los 24 días del mes de marzo de 2014.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel J. O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por el Estado: el Director General del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**.- Rúbrica.- El Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, **Gabriel Cortés Gallo**.- Rúbrica.

APARTADO DOS DEL ANEXO II**INDICADORES DE DESEMPEÑO**

Con fundamento en los artículos 77 Bis 6 y 67 de la Ley General de Salud (Ley) y del Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Protección Social en Salud (Reglamento) se establecen los presentes indicadores de desempeño.

ALCANCES:

Los presentes indicadores se establecen a efecto de medir el grado de cumplimiento de las metas y compromisos contraídos entre la Federación y las entidades federativas en el presente ejercicio fiscal, su aplicación determinará la procedencia en su caso de las solicitudes de modificación a la alza de la Proyección de Cobertura por demanda extraordinaria de afiliación.

Las áreas responsables en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud de llevar el registro de su seguimiento serán las Direcciones Generales de Afiliación y Operación (DGAO) y de Financiamiento (DGF), en cuanto a los resultados esperados de registro del Programa Operativo Anual (POA), la reafiliación, la supervisión, los excedentes, así como la comprobación de los recursos transferidos por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal.

PARÁMETROS

Los indicadores considerados con su peso relativo se describen en la tabla siguiente:

INDICADOR		PESO RELATIVO EN EL GLOBAL	PESO ESPECÍFICO	FECHA DE EVALUACIÓN	
				AMPLIACIÓN DE PROYECCIÓN DE COBERTURA	GESTIÓN DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS
I	Reafiliación	30	100	Mensual a partir del mes de enero a diciembre de 2014	Mensual
II	Comprobación del ejercicio de la CS y ASF anteriores y hasta 2011	30	100	Junio 2014	N/A
III	Supervisión	10	100	Cuando aplique	N/A
IV	Excedentes (afiliación por arriba de la Cobertura acordada)	5	100	Mensual a partir del mes de agosto de 2014	N/A
V	Registro de POA	15	100	Junio de 2014	N/A
VI	Comprobación del Gasto de Operación 2013	10	100		
TOTAL		100			

Las entidades federativas que sean consideradas para ampliación de Proyección de Cobertura, serán aquellas que acumulen la mejor puntuación en sus indicadores.

I. REAFILIACIÓN

Este indicador considera un máximo de 30 puntos a obtener por parte de la entidad federativa, con dos componentes operativos: mínimo de reafiliación para la gestión de transferencia de recursos y mínimo de cumplimiento de reafiliación para calificar en el indicador para incremento de Proyección de Cobertura al final del ejercicio fiscal, conforme lo siguiente:

GESTIÓN DE RECURSOS

Si el resultado de reafiliación al mes de corte es mayor o igual al dato de la Columna D del APARTADO UNO del Anexo II, entonces procede la gestión de transferencia de recursos hasta B, caso contrario (B-C) + REAFILIACIÓN REAL ALCANZADA; la entidad federativa tendrá posibilidades de recuperar el máximo programado en la columna B hasta el corte del mes de julio, a partir del mes de agosto aplicará lo comprendido en el inciso c) de la cláusula tercera de las declaraciones del Anexo II.

PARA AMPLIACIÓN DE PROYECCIÓN DE COBERTURA

Si el resultado de reafiliación al mes de corte es mayor o igual al dato de la Columna E del APARTADO UNO del Anexo II, la entidad federativa sumará mensualmente el peso específico que corresponda y será considerada para ampliación de Proyección de Cobertura al final del ejercicio fiscal. Un resultado menor al expresado en la columna E no acumula el peso relativo para ampliación de Proyección de Cobertura.

Donde:

A = Crecimiento programado acumulado al mes de corte.

B = Proyección de cobertura programada acumulada al mes.

C = Se refiere al número de registros que pierden vigencia en 2014 en el mes de corte.

D = Reafiliación mínima para gestión de transferencia de recursos.

E = Reafiliación mínima para ampliación de Proyección de Cobertura.

El cumplimiento de reafiliación para que se gestione la Proyección de Cobertura del mes que corresponda (Columna B del APARTADO UNO del Anexo II), es alcanzar la reafiliación mínima establecida en la (Columna D del APARTADO UNO del Anexo II).

Para ser sujetos a la ampliación de Proyección de Cobertura vía reconocimiento de la demanda adicional de registros se deberá cumplir con un 5 por ciento adicional de la meta mínima establecida en la Columna D del APARTADO UNO del Anexo II de enero a diciembre del presente año, tal como se muestra en la tabla siguiente:

MES	PORCENTAJE MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO PARA AMPLIACIÓN DE META
Enero	3	8
Febrero	7	12
Marzo	13	18
Abril	17	22
Mayo	23	28
Junio	31	36
Julio	37	42
Agosto	43	48
Septiembre	55	60
Octubre	62	67
Noviembre	68	73
Diciembre	72	77

La ampliación de Proyección de Cobertura se reconocerá al final del ejercicio fiscal, en caso de que la entidad federativa obtenga la mejor puntuación como resultado de la suma de todos los indicadores, el crecimiento o ampliación, estará en función de la disponibilidad financiera y de la bolsa que se vaya generando de los registros cedidos de las entidades federativas que no alcancen su meta mínima de reafiliación mes con mes, a partir de agosto de acuerdo a la tabla siguiente:

NÚMERO DE MESES EN LOS QUE SE CUMPLIÓ CON EL PORCENTAJE MÍNIMO PARA AMPLIACIÓN DE META	PESO RELATIVO DE LA REAFILIACIÓN (PRR)
12	30.0
11	27.5
10	25.0
9	22.5

8	20.0
7	17.5
6	15.0
5	12.5
4	10.0
3	7.5
2	5.0
1	2.5

II. COMPROBACIÓN DE CS Y ASF (2007 a 2011)

En busca de una condición deseable a lo establecido en los artículos 77 bis 5 inciso B), fracción VIII, 77 bis 24 de la Ley y 82 del Reglamento en el que se establece que las entidades federativas tienen la obligación de informar sobre el ejercicio de los recursos transferidos para la operación del Sistema de Protección Social en Salud (Sistema).

Este indicador tendrá un peso relativo máximo de 30 puntos al registrarse el cumplimiento de la comprobación de los recursos para los ejercicios fiscales anteriores, e incluido el 2011. Las ponderaciones que se asignarán se presentan en el siguiente cuadro:

GRADO DE COMPROBACIÓN	PESO RELATIVO DE FINANCIAMIENTO (PRF)	FECHA DE EVALUACIÓN
DE 90 A 100	30.0	Junio
DE 80 A 89.9	27.0	
DE 70 A 79.9	24.0	
DE 60 A 69.9	21.0	
DE 50 A 59.9	18.0	
DE 40 A 49.9	15.0	
DE 30 A 39.9	12.0	
DE 20 A 29.9	9.0	
DE 10 A 19.9	6.0	
DE 0 A 9.9	3.0	

Para obtener el peso específico de este indicador, se tomará la suma de los porcentajes de cumplimiento dividido entre 5 tal como se muestra a continuación:

$$\text{PE Fin} = (\% \text{ de Cum } 2007 + \% \text{ de Cum } 2008 + \% \text{ de Cum } 2009 + \% \text{ de Cum } 2010 + \% \text{ de Cum } 2011) / 5.$$

Donde:

PE Fin = Peso Específico de Financiamiento.

% de Cum 2007 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2007.

% de Cum 2008 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2008.

% de Cum 2009 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2009.

% de Cum 2010 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2010.

% de Cum 2011 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2011.

III. SUPERVISIÓN

La supervisión en materia de afiliación y operación, tiene por objetivo garantizar la consistencia y confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema, mediante la verificación de procesos sustantivos de la Afiliación y Operación en las entidades federativas, considerando para ello, la correcta integración de los expedientes familiares de afiliación, las visitas domiciliarias a las familias registradas, el correcto registro a través de las aplicaciones informáticas, así como la adecuada orientación del gasto de operación destinado a promoción, imagen institucional, operativos de afiliación, equipamiento de los MAO y mantenimiento del Padrón.

Para este indicador todas las entidades federativas cuentan de entrada con el valor máximo a obtener si no fueran objeto de supervisión en el presente ejercicio fiscal, caso contrario de conformidad con los resultados de supervisión en materia de afiliación, se aplicará un peso específico a fin de obtener el grado de cumplimiento o “valor del desempeño” alcanzado por cada uno de los Regímenes Estatales, de acuerdo a la tabla siguiente:

PESO ESPECÍFICO	PESO RELATIVO EN LA SUPERVISIÓN (PRS)	FECHA DE EVALUACIÓN
DE 90 A 100	10.0	Cuando aplique
DE 80 A 89.9	9.0	
DE 70 A 70.9	8.0	
DE 60 A 69.9	7.0	
DE 50 A 59.9	6.0	

IV. EXCEDENTES (afiliación por arriba de la Cobertura convenida)

Con la finalidad de asegurar la sustentabilidad financiera del Sistema de Protección Social en Salud, se deberá cuidar en todo momento que en cada cierre hasta el mes de noviembre no se cuente con más de un 10% de excedentes en el Padrón Estatal, el indicador tiene un máximo 5 puntos de peso relativo para que la entidad federativa pueda ser susceptible de ampliación de Proyección de Cobertura como se muestra a continuación:

EXCEDENTES	
NÚMERO DE MESES EN LOS QUE CUMPLIÓ CON UN REGISTRO MENOR O IGUAL AL 10%	PESO RELATIVO DEL INDICADOR
11	5.00
10	4.55
9	4.09
8	3.63
7	3.18
6	2.72
5	2.27
4	1.81
3	1.36
2	0.90
1	0.45

V. REGISTRO DE PROGRAMA OPERATIVO ANUAL

Este indicador mide la oportunidad en el registro del POA correspondiente a la Operación del Régimen de Protección Social en Salud (REPSS) a partir de la emisión de la actualización a los Lineamientos de Gasto de Operación, dados a conocer mediante oficio CNPSS-DGAO-234-2014, de fecha 20 de marzo de 2014, tendrá un peso relativo dentro de la calificación final 15, de acuerdo a las siguientes ponderaciones:

FECHA DE REGISTRO DE POA	PESO ESPECÍFICO	PESO RELATIVO EN EL REGISTRO DEL POA (PRRPOA)	FECHA DE EVALUACIÓN
Del 01 al 15 de abril	100	15.0	30 de junio de 2014
Del 16 al 30 de abril	90	13.5	
Del 01 al 15 de mayo	80	12.0	
Del 16 al 31 de mayo	70	10.5	
Del 01 al 15 de junio	60	9.0	
Del 16 al 30 de junio	50	7.5	
Del 01 de julio en adelante	40	6.0	

VI. COMPROBACIÓN DEL GASTO DE OPERACIÓN 2013

Considerando que la programación del gasto del REPSS está determinado para ejercerse en actividades que inician y concluyen con el ejercicio fiscal, lo deseable es que la acreditación del gasto se encuentre cerrada en el siguiente ejercicio fiscal, para lograr ese propósito se establece este indicador que tendrá un peso relativo del 10% sobre la calificación final a efecto de ser sujeto de ampliación de Proyección de Cobertura.

La fecha de corte en la que se evaluará este indicador, será al cierre del primer semestre de 2014 y se le asignarán los valores siguientes en función del grado de avance en dicha comprobación.

PESO ESPECÍFICO	PESO RELATIVO EN LA COMPROBACIÓN DEL GASTO DE OPERACIÓN 2013 (PRCGO)	FECHA DE EVALUACIÓN
90.1 A 100	10.0	30 de junio de 2014
80.1 A 90	9.0	
70.1 A 80	8.0	
60.1 A 70	7.0	
50.1 A 60	6.0	
40.1 A 50	5.0	
30.1 A 40	4.0	
0.1 A 30	3.0	

RESULTADOS

Las entidades federativas que acumulen la mejor puntuación como resultado de aplicar la fórmula siguiente: $PRR + PRF + PRS + PRE + PRRPOA + PRCGO$ al mes de diciembre, donde:

PRR = Peso Relativo de Reafiliación.

PRF = Peso Relativo de Financiamiento.

PRS = Peso Relativo de Supervisión.

PRE = Peso Relativo de Excedentes.

PRRPOA = Peso Relativo de Registro del POA.

PRCGO = Peso Relativo de Comprobación del Gasto de Operación 2013.

A partir de agosto y meses subsecuentes, serán susceptibles de modificación de su Proyección de Cobertura.

El presente apartado se firma por los que en él intervienen en triplicado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los 24 días del mes de marzo de 2014.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel J. O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por el Estado: el Director General del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**.- Rúbrica.- El Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, **Gabriel Cortés Gallo**.- Rúbrica.

ANEXO II para el ejercicio fiscal 2014 del Acuerdo de Coordinación para el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud, correspondiente al Estado de Guerrero.

ANEXO II PARA EL EJERCICIO FISCAL 2014 DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE GUERRERO.

ANTECEDENTES

I. Con fecha 15 de mayo de 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, mediante el cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud en lo sucesivo "SISTEMA", con lo que se estableció a nivel de Ley el sistema de protección financiera para hacer efectivo lo preceptuado en el Artículo 4o. Constitucional.

II. El 6 de abril de 2004, en virtud de lo dispuesto en su artículo 77 Bis 6 de la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud Federal y el Ejecutivo del Gobierno del Estado de Guerrero en adelante "ESTADO" suscribieron el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, y que en adelante se le denominará "ACUERDO", mediante el cual establecieron las bases y compromisos entre "LAS PARTES" para la ejecución del "SISTEMA", en esa circunscripción territorial.

III. Que de conformidad con lo dispuesto en la cláusula primera del "ACUERDO" formarán parte del mismo los Anexos debidamente suscritos por los representantes operativos debidamente acreditados de la Secretaría de Salud Federal y el "ESTADO", y entre los cuales se señala al ANEXO II que deberá suscribirse para ejercicio fiscal.

CLÁUSULAS

PRIMERA.- Al amparo del "ACUERDO" se establece la Proyección de Cobertura para el Ejercicio Fiscal 2014, en adelante "Proyección de Cobertura", en los términos que se señalan como anexo uno "APARTADO UNO del ANEXO II", que una vez firmado formará parte del presente instrumento.

SEGUNDA.- "LAS PARTES" convienen que la "Proyección de Cobertura" expresada en el "APARTADO UNO del ANEXO II" de este instrumento, podrá ser sujeta de revisión por las partes y en su caso de ajuste, cuando:

a) A la Baja

Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la entidad federativa, por tanto se afecten las metas establecidas.

b) A la Alza

Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio. En este caso, su procedencia quedará sujeta a la disponibilidad presupuestal de la entidad federativa y de la Federación en relación a las aportaciones a su cargo, además del cumplimiento de los indicadores de desempeño que se describen como anexo dos: "APARTADO DOS del ANEXO II" del presente instrumento.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la entidad federativa deberá dirigir comunicación expresa al titular de la "COMISIÓN" a efecto de que se analice su solicitud a la cual le recaerá la respuesta que corresponda, misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente instrumento.

TERCERA.- “LAS PARTES” convienen que para el ejercicio del cierre mensual se considerará lo siguiente:

- a) Para que la entidad federativa pueda aspirar a la Proyección de Cobertura expresada en “APARTADO UNO del ANEXO II” como columna “B”, deberá cumplir al menos con el número de registros de reafiliación establecidos en la columna “D”.
- b) En caso de que la entidad federativa no alcance el mínimo establecido en la columna “D”, entonces se gestionará conforme a la fórmula siguiente: $(B-C) + \text{REAFILIACIÓN REAL ALCANZADA}$. La entidad federativa tendrá hasta el mes de julio la posibilidad de recuperar la cobertura programada en la columna “B”. A partir del mes de agosto procederá la fórmula establecida en el siguiente inciso.
- c) De no alcanzarse el mínimo programado de reafiliación a partir del mes de agosto a diciembre, se aplicará la fórmula siguiente: al crecimiento neto del año se le dividirá entre cinco para determinar el número de registros por los cuales no se les gestionará el recurso en el mes que corresponda; por lo tanto, la entidad federativa estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras entidades federativas con el mejor desempeño en el mes de diciembre.

En caso de reasignación, la entidad federativa “no” podrá recuperar el número de registros cedidos y su Proyección de Cobertura señalada en la columna “B” del APARTADO UNO del Anexo II en el mes subsecuente se modificará de manera automática de conformidad con el resultado de la fórmula.

CUARTA.- “LAS PARTES” convienen que para el ejercicio del cierre mensual la gestión de transferencia de recursos se aplicará la prelación siguiente:

- 1.1 Población vulnerable (menores de 5 años y mujeres embarazadas).
- 1.2 Población beneficiaria del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
- 1.3 Beneficiarios de los municipios considerados en el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre.
- 1.4 Población reafiliada en el corte de información.
- 1.5 Población abierta

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema se cubrirá con base en la normatividad vigente dependiendo del tipo de población al que pertenezcan.

QUINTA.- “LAS PARTES” acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación y cumplimiento de las cláusulas del presente convenio se sujetarán a la jurisdicción y competencia de los tribunales federales del Distrito Federal, por lo que desde este momento renuncian a cualquier otra jurisdicción o competencia que les pudiera corresponder en razón de sus domicilios presentes o futuros, o por cualquier otra razón.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente instrumento y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por triplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, D.F., a los 24 días del mes de marzo de 2014.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel J. O’Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero: el Secretario de Salud y Titular del O.P.D. Servicios Estatales de Salud en Guerrero, **Lázaro Mazón Alonso**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Guerrero: el Titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Guerrero, **Javier Eduardo Figueroa Zúñiga**.- Rúbrica.

ANEXO II
DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
PROYECCIÓN DE COBERTURA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2014

Estado de Guerrero		Proyección en número de personas			
Cierre de Afiliación 2013:		2,279,354			
		Proyección de Cobertura		Reafiliación	
	Crecimiento	Acumulada	Acumulada	Mínima Gestión de Transferencia de Recursos	Mínima Ampliación de Cobertura
	A	B	C	D	E
Enero	0	2,279,354	29,583	887	2,367
Febrero	0	2,279,354	61,943	4,336	7,433
Marzo	0	2,279,354	131,862	17,142	23,735
Abril	0	2,279,354	185,004	31,451	40,701
Mayo	0	2,279,354	254,949	58,638	71,386
Junio	0	2,279,354	314,372	97,455	113,174
Julio	58,753	2,338,107	364,124	134,726	152,932
Agosto	0	2,338,107	433,422	186,371	208,043
Septiembre	0	2,338,107	550,211	302,616	330,127
Octubre	0	2,338,107	608,512	377,277	407,703
Noviembre	0	2,338,107	653,548	444,413	477,090
Diciembre	0	2,338,107	694,041	499,710	534,412
Total Anual	58,753	2,338,107	694,041	499,710	534,412

- La columna "A", corresponde al crecimiento neto que considera los nacimientos totales estimados por CONAPO, aplicando la tasa de natalidad por Estado de 2013 a 2014, distribuidos por mes con base en la estacionalidad. Asimismo, también toma en cuenta la regularización de los registros correspondientes a la demanda adicional observada de afiliación en el 2013, que cumplieron con los criterios de validación.

- La columna "B", corresponde a la proyección de cobertura acumulada al mes en el 2014.

- La columna "C", corresponde a los vencimientos de 2014 acumulados mensualmente en el cierre de diciembre 2013.

- La columna "D", corresponde al porcentaje mínimo de reafiliaciones con vencimiento en el mes de corte (a partir de febrero en cifras acumuladas) que la Entidad Federativa debe alcanzar para estar en condiciones de acceder a la proyección de cobertura acumulada programada (columna "B") del presente Anexo.

- La columna "E", corresponde al mínimo de reafiliación en el mes de corte (a partir de febrero en cifras acumuladas) que la Entidad Federativa debe alcanzar para estar en condiciones de ampliación de Proyección de Cobertura de afiliación en el mes de diciembre.

- La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema se cubrirá con base en la normatividad vigente dependiendo del tipo de población al que pertenezcan.

El presente Anexo II del Acuerdo de Coordinación, se firma por los que en él intervienen en triplicado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los 24 días del mes de marzo de 2014.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel J. O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero: el Secretario de Salud y Titular del O.P.D. de los Servicios Estatales de Salud en Guerrero, **Lázaro Mazón Alonso**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Guerrero: el Titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Guerrero, **Javier Eduardo Figueroa Zúñiga**.- Rúbrica.

APARTADO DOS DEL ANEXO II**INDICADORES DE DESEMPEÑO**

Con fundamento en los artículos 77 Bis 6 y 67 de la Ley General de Salud (Ley) y del Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Protección Social en Salud (Reglamento) se establece los presentes indicadores de desempeño.

ALCANCES:

Los presentes indicadores se establecen a efecto de medir el grado de cumplimiento de las metas y compromisos contraídos entre la Federación y las entidades federativas en el presente ejercicio fiscal, su aplicación determinará la procedencia en su caso de las solicitudes de modificación a la alza de la Proyección de Cobertura por demanda extraordinaria de afiliación.

Las áreas responsables en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud de llevar el registro de su seguimiento serán las Direcciones Generales de Afiliación y Operación (DGAO) y de Financiamiento (DGF), en cuanto a los resultados esperados de registro del Programa Operativo Anual (POA), la reafiliación, la supervisión, los excedentes, así como la comprobación de los recursos transferidos por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal.

PARÁMETROS

Los indicadores considerados con su peso relativo se describen en la tabla siguiente:

INDICADOR		PESO RELATIVO EN EL GLOBAL	PESO ESPECÍFICO	FECHA DE EVALUACIÓN	
				AMPLIACIÓN DE PROYECCIÓN DE COBERTURA	GESTIÓN DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS
I	Reafiliación	30	100	Mensual a partir del mes de enero a diciembre de 2014	Mensual
II	Comprobación del ejercicio de la CS y ASF anteriores y hasta 2011	30	100	Junio 2014	N/A
III	Supervisión	10	100	Cuando aplique	N/A
IV	Excedentes (afiliación por arriba de la Cobertura acordada)	5	100	Mensual a partir del mes de agosto de 2014	N/A
V	Registro de POA	15	100	Junio de 2014	N/A
VI	Comprobación del Gasto de Operación 2013	10	100		
TOTAL		100			

Las entidades federativas que sean consideradas para ampliación de Proyección de Cobertura, serán aquellas que acumulen la mejor puntuación en sus indicadores.

I. REAFILIACIÓN

Este indicador considera un máximo de 30 puntos a obtener por parte de la entidad federativa, con dos componentes operativos: mínimo de reafiliación para la gestión de transferencia de recursos y mínimo de cumplimiento de reafiliación para calificar en el indicador para incremento de Proyección de Cobertura al final del ejercicio fiscal, conforme lo siguiente:

GESTIÓN DE RECURSOS

Si el resultado de reafiliación al mes de corte es mayor o igual al dato de la Columna D del APARTADO UNO del Anexo II, entonces procede la gestión de transferencia de recursos hasta B, caso contrario (B-C) + REAFILIACIÓN REAL ALCANZADA; la entidad federativa tendrá posibilidades de recuperar el máximo programado en la columna B hasta el corte del mes de julio, a partir del mes de agosto aplicará lo comprendido en el inciso c) de la cláusula tercera de las declaraciones del Anexo II.

PARA AMPLIACIÓN DE PROYECCIÓN DE COBERTURA

Si el resultado de reafiliación al mes de corte es mayor o igual al dato de la Columna E del APARTADO UNO del Anexo II, la entidad federativa sumará mensualmente el peso específico que corresponda y será considerada para ampliación de Proyección de Cobertura al final del ejercicio fiscal. Un resultado menor al expresado en la columna E no acumula el peso relativo para ampliación de Proyección de Cobertura.

Donde:

A = Crecimiento programado acumulado al mes de corte.

B = Proyección de cobertura programada acumulada al mes.

C = Se refiere al número de registros que pierden vigencia en 2014 en el mes de corte.

D = Reafiliación mínima para gestión de transferencia de recursos.

E = Reafiliación mínima para ampliación de Proyección de Cobertura.

El cumplimiento de reafiliación para que se gestione la Proyección de Cobertura del mes que corresponda (Columna B del APARTADO UNO del Anexo II), es alcanzar la reafiliación mínima establecida en el (Columna D del APARTADO UNO del Anexo II).

Para ser sujetos a la ampliación de Proyección de Cobertura vía reconocimiento de la demanda adicional de registros se deberá cumplir con un 5 por ciento adicional de la meta mínima establecida en la Columna D del APARTADO UNO del Anexo II de enero a diciembre del presente año, tal como se muestra en la tabla siguiente:

MES	PORCENTAJE MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO PARA AMPLIACIÓN DE META
Enero	3	8
Febrero	7	12
Marzo	13	18
Abril	17	22
Mayo	23	28
Junio	31	36
Julio	37	42
Agosto	43	48
Septiembre	55	60
Octubre	62	67
Noviembre	68	73
Diciembre	72	77

La ampliación de Proyección de Cobertura se reconocerá al final del ejercicio fiscal, en caso de que la entidad federativa obtenga la mejor puntuación como resultado de la suma de todos los indicadores, el crecimiento o ampliación, estará en función de la disponibilidad financiera y de la bolsa que se vaya generando de los registros cedidos de las entidades federativas que no alcancen su meta mínima de reafiliación mes con mes, a partir de agosto de acuerdo a la tabla siguiente:

NÚMERO DE MESES EN LOS QUE SE CUMPLIÓ CON EL PORCENTAJE MÍNIMO PARA AMPLIACIÓN DE META	PESO RELATIVO DE LA REAFILIACIÓN (PRR)
12	30.0
11	27.5
10	25.0
9	22.5

8	20.0
7	17.5
6	15.0
5	12.5
4	10.0
3	7.5
2	5.0
1	2.5

II. COMPROBACIÓN DE CS Y ASF (2007 a 2011)

En busca de una condición deseable a lo establecido en los artículos 77 bis 5 inciso B), fracción VIII, 77 bis 24 de la Ley y 82 del Reglamento en el que se establece que las entidades federativas tienen la obligación de informar sobre el ejercicio de los recursos transferidos para la operación del Sistema de Protección Social en Salud (Sistema).

Este indicador tendrá un peso relativo máximo de 30 puntos al registrarse el cumplimiento de la comprobación de los recursos para los ejercicios fiscales anteriores, e incluido el 2011. Las ponderaciones que se asignarán se presentan en el siguiente cuadro:

GRADO DE COMPROBACIÓN	PESO RELATIVO DE FINANCIAMIENTO (PRF)	FECHA DE EVALUACIÓN
DE 90 A 100	30.0	Junio
DE 80 A 89.9	27.0	
DE 70 A 79.9	24.0	
DE 60 A 69.9	21.0	
DE 50 A 59.9	18.0	
DE 40 A 49.9	15.0	
DE 30 A 39.9	12.0	
DE 20 A 29.9	9.0	
DE 10 A 19.9	6.0	
DE 0 A 9.9	3.0	

Para obtener el peso específico de este indicador, se tomará la suma de los porcentajes de cumplimiento dividido entre 5 tal como se muestra a continuación:

$$\text{PE Fin} = (\% \text{ de Cum 2007} + \% \text{ de Cum 2008} + \% \text{ de Cum 2009} + \% \text{ de Cum 2010} + \% \text{ de Cum 2011}) / 5.$$

Donde:

PE Fin = Peso Específico de Financiamiento.

% de Cum 2007 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2007.

% de Cum 2008 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2008.

% de Cum 2009 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2009.

% de Cum 2010 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2010.

% de Cum 2011 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2011.

III. SUPERVISIÓN

La supervisión en materia de afiliación y operación, tiene por objetivo garantizar la consistencia y confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema, mediante la verificación de procesos sustantivos de la Afiliación y Operación en las entidades federativas, considerando para ello, la correcta integración de los expedientes familiares de afiliación, las visitas domiciliarias a las familias registradas, el correcto registro a través de las aplicaciones informáticas, así como la adecuada orientación del gasto de operación destinado a promoción, imagen institucional, operativos de afiliación, equipamiento de los MAO y mantenimiento del Padrón.

Para este indicador todas las entidades federativas cuentan de entrada con el valor máximo a obtener si no fueran objeto de supervisión en el presente ejercicio fiscal, caso contrario de conformidad con los resultados de supervisión en materia de afiliación, se aplicará un peso específico a fin de obtener el grado de cumplimiento o "valor del desempeño" alcanzado por cada uno de los Regímenes Estatales, de acuerdo a la tabla siguiente:

PESO ESPECÍFICO	PESO RELATIVO EN LA SUPERVISIÓN (PRS)	FECHA DE EVALUACIÓN
DE 90 A 100	10.0	Cuando aplique
DE 80 A 89.9	9.0	
DE 70 A 70.9	8.0	
DE 60 A 69.9	7.0	
DE 50 A 59.9	6.0	

IV. EXCEDENTES (afiliación por arriba de la Cobertura convenida)

Con la finalidad de asegurar la sustentabilidad financiera del Sistema de Protección Social en Salud, se deberá cuidar en todo momento que en cada cierre hasta el mes de noviembre no se cuente con más de un 10% de excedentes en el Padrón Estatal, el indicador tiene un máximo 5 puntos de peso relativo para que la entidad federativa pueda ser susceptible de ampliación de Proyección de Cobertura como se muestra a continuación:

EXCEDENTES	
NÚMERO DE MESES EN LOS QUE CUMPLIÓ CON UN REGISTRO MENOR O IGUAL AL 10%	PESO RELATIVO DEL INDICADOR
11	5.00
10	4.55
9	4.09
8	3.63
7	3.18
6	2.72
5	2.27
4	1.81
3	1.36
2	0.90
1	0.45

V. REGISTRO DE PROGRAMA OPERATIVO ANUAL

Este indicador mide la oportunidad en el registro del POA correspondiente a la Operación del Régimen de Protección Social en Salud (REPSS) a partir de la emisión de la actualización a los Lineamientos de Gasto de Operación, dados a conocer mediante oficio CNPSS-DGAO-234-2014, de fecha 20 de marzo de 2014, tendrá un peso relativo dentro de la calificación final 15, de acuerdo a las siguientes ponderaciones:

FECHA DE REGISTRO DE POA	PESO ESPECÍFICO	PESO RELATIVO EN EL REGISTRO DEL POA (PRRPOA)	FECHA DE EVALUACIÓN
Del 01 al 15 de abril	100	15.0	30 de junio de 2014
Del 16 al 30 de abril	90	13.5	
Del 01 al 15 de mayo	80	12.0	
Del 16 al 31 de mayo	70	10.5	
Del 01 al 15 de junio	60	9.0	
Del 16 al 30 de junio	50	7.5	
Del 01 de julio en adelante	40	6.0	

VI. COMPROBACIÓN DEL GASTO DE OPERACIÓN 2013

Considerando que la programación del gasto del REPSS está determinado para ejercerse en actividades que inician y concluyen con el ejercicio fiscal, lo deseable es que la acreditación del gasto se encuentre cerrada en el siguiente ejercicio fiscal, para lograr ese propósito se establece este indicador que tendrá un peso relativo del 10% sobre la calificación final a efecto de ser sujeto de ampliación de Proyección de Cobertura.

La fecha de corte en la que se evaluará este indicador, será al cierre del primer semestre de 2014 y se le asignarán los valores siguientes en función del grado de avance en dicha comprobación.

PESO ESPECÍFICO	PESO RELATIVO EN LA COMPROBACIÓN DEL GASTO DE OPERACIÓN 2013 (PRCGO)	FECHA DE EVALUACIÓN
90.1 A 100	10.0	30 de junio de 2014
80.1 A 90	9.0	
70.1 A 80	8.0	
60.1 A 70	7.0	
50.1 A 60	6.0	
40.1 A 50	5.0	
30.1 A 40	4.0	
0.1 A 30	3.0	

RESULTADOS

Las entidades federativas que acumulen la mejor puntuación como resultado de aplicar la fórmula siguiente: $PRR + PRF + PRS + PRE + PRRPOA + PRCGO$ al mes de diciembre, donde:

PRR = Peso Relativo de Reafiliación.

PRF = Peso Relativo de Financiamiento.

PRS = Peso Relativo de Supervisión.

PRE = Peso Relativo de Excedentes.

PRRPOA = Peso Relativo de Registro del POA.

PRCGO = Peso Relativo de Comprobación del Gasto de Operación 2013.

A partir de agosto y meses subsecuentes, serán susceptibles de modificación de su Proyección de Cobertura.

Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel J. O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero: el Secretario de Salud y Titular del O.P.D. Servicios Estatales de Salud en Guerrero, **Lázaro Mazón Alonso**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Guerrero: el Titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Guerrero, **Javier Eduardo Figueroa Zúñiga**.- Rúbrica.

ANEXO II para el ejercicio fiscal 2014 del Acuerdo de Coordinación para el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud, correspondiente al Estado de Hidalgo.

ANEXO II PARA EL EJERCICIO FISCAL 2014 DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE HIDALGO.

ANTECEDENTES

I. Con fecha 15 de mayo de 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, mediante el cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud en lo sucesivo "SISTEMA", con lo que se estableció a nivel de Ley el sistema de protección financiera para hacer efectivo lo preceptuado en el Artículo 4o. Constitucional.

II. El 16 de enero de 2004, en virtud de lo dispuesto en su artículo 77 Bis 6 de la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud Federal y el Ejecutivo del Gobierno del Estado de Hidalgo en adelante "ESTADO" suscribieron el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, y que en adelante se le denominará "ACUERDO", mediante el cual establecieron las bases y compromisos entre "LAS PARTES" para la ejecución del "SISTEMA", en esa circunscripción territorial.

III. Que de conformidad con lo dispuesto en la cláusula primera del "ACUERDO" formarán parte del mismo los Anexos debidamente suscritos por los representantes operativos debidamente acreditados de la Secretaría de Salud Federal y el "ESTADO", y entre los cuales se señala al ANEXO II que deberá suscribirse para ejercicio fiscal.

CLÁUSULAS

PRIMERA.- Al amparo del "ACUERDO" se establece la Proyección de Cobertura para el Ejercicio Fiscal 2014, en adelante "Proyección de Cobertura", en los términos que se señalan como anexo uno "APARTADO UNO del ANEXO II", que una vez firmado formará parte del presente instrumento.

SEGUNDA.- "LAS PARTES" convienen que la "Proyección de Cobertura" expresada en el "APARTADO UNO del ANEXO II" de este instrumento, podrá ser sujeta de revisión por las partes y en su caso de ajuste, cuando:

a) A la Baja

Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la entidad federativa, por tanto se afecten las metas establecidas.

b) A la Alza

Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio. En este caso, su procedencia quedará sujeta a la disponibilidad presupuestal de la entidad federativa y de la Federación en relación a las aportaciones a su cargo, además del cumplimiento de los indicadores de desempeño que se describen como anexo dos: "APARTADO DOS del ANEXO II" del presente instrumento.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la entidad federativa deberá dirigir comunicación expresa al titular de la "COMISIÓN" a efecto de que se analice su solicitud a la cual le recaerá la respuesta que corresponda, misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente instrumento.

TERCERA.- “LAS PARTES” convienen que para el ejercicio del cierre mensual se considerará lo siguiente:

- a) Para que la entidad federativa pueda aspirar a la Proyección de Cobertura expresada en “APARTADO UNO del ANEXO II” como columna “B”, deberá cumplir al menos con el número de registros de reafiliación establecidos en la columna “D”.
- b) En caso de que la entidad federativa no alcance el mínimo establecido en la columna “D”, entonces se gestionará conforme a la fórmula siguiente: $(B-C) + \text{REAFILIACIÓN REAL ALCANZADA}$. La entidad federativa tendrá hasta el mes de julio la posibilidad de recuperar la cobertura programada en la columna “B”. A partir del mes de agosto procederá la fórmula establecida en el siguiente inciso.
- c) De no alcanzarse el mínimo programado de reafiliación a partir del mes de agosto a diciembre, se aplicará la fórmula siguiente: al crecimiento neto del año se le dividirá entre cinco para determinar el número de registros por los cuales no se les gestionará el recurso en el mes que corresponda; por lo tanto, la entidad federativa estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras entidades federativas con el mejor desempeño en el mes de diciembre.

En caso de reasignación, la entidad federativa “no” podrá recuperar el número de registros cedidos y su Proyección de Cobertura señalada en la columna “B” del APARTADO UNO del Anexo II en el mes subsecuente se modificará de manera automática de conformidad con el resultado de la fórmula.

CUARTA.- “LAS PARTES” convienen que para el ejercicio del cierre mensual la gestión de transferencia de recursos se aplicará la prelación siguiente:

- 1.1 Población vulnerable (menores de 5 años y mujeres embarazadas).
- 1.2 Población beneficiaria del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
- 1.3 Beneficiarios de los municipios considerados en el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre.
- 1.4 Población reafiliada en el corte de información.
- 1.5 Población abierta

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema se cubrirá con base en la normatividad vigente dependiendo del tipo de población al que pertenezcan.

QUINTA.- “LAS PARTES” acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación y cumplimiento de las cláusulas del presente convenio se sujetarán a la jurisdicción y competencia de los tribunales federales del Distrito Federal, por lo que desde este momento renuncian a cualquier otra jurisdicción o competencia que les pudiera corresponder en razón de sus domicilios presentes o futuros, o por cualquier otra razón.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente instrumento y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por triplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, D.F., a los 24 días del mes de marzo de 2014.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel J. O’Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Hidalgo, **Pedro Luis Noble Monterrubio**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Hidalgo: el Director del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Hidalgo, **Isaías Parra Islas**.- Rúbrica.

ANEXO II
DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO
DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
PROYECCIÓN DE COBERTURA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2014

Estado de Hidalgo		Proyección en número de personas				
Cierre de Afiliación 2013:		1,658,778				
		Proyección de Cobertura		Reafiliación		
		Crecimiento	Acumulada	Acumulada	Mínima Gestión de Transferencia de Recursos	Mínima Ampliación de Cobertura
		A	B	C	D	E
Enero		0	1,658,778	22,696	681	1,816
Febrero		0	1,658,778	44,627	3,124	5,355
Marzo		0	1,658,778	71,986	9,358	12,957
Abril		0	1,658,778	98,604	16,763	21,693
Mayo		0	1,658,778	142,780	32,839	39,978
Junio		0	1,658,778	174,356	54,050	62,768
Julio		80,194	1,738,972	244,410	90,432	102,652
Agosto		0	1,738,972	314,467	135,221	150,944
Septiembre		0	1,738,972	419,805	230,893	251,883
Octubre		0	1,738,972	462,635	286,834	309,965
Noviembre		0	1,738,972	484,630	329,548	353,780
Diciembre		0	1,738,972	492,849	354,851	379,494
Total Anual		80,194	1,738,972	492,849	354,851	379,494

- La columna "A", corresponde al crecimiento neto que considera los nacimientos totales estimados por CONAPO, aplicando la tasa de natalidad por Estado de 2013 a 2014, distribuidos por mes con base en la estacionalidad. Asimismo, también toma en cuenta la regularización de los registros correspondientes a la demanda adicional observada de afiliación en el 2013, que cumplieron con los criterios de validación.

- La columna "B", corresponde a la proyección de cobertura acumulada al mes en el 2014.

- La columna "C", corresponde a los vencimientos de 2014 acumulados mensualmente en el cierre de diciembre 2013.

- La columna "D", corresponde al porcentaje mínimo de reafiliaciones con vencimiento en el mes de corte (a partir de febrero en cifras acumuladas) que la Entidad Federativa debe alcanzar para estar en condiciones de acceder a la proyección de cobertura acumulada programada (columna "B") del presente Anexo.

- La columna "E", corresponde al mínimo de reafiliación en el mes de corte (a partir de febrero en cifras acumuladas) que la Entidad Federativa debe alcanzar para estar en condiciones de ampliación de Proyección de Cobertura de afiliación en el mes de diciembre.

- La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema se cubrirá con base en la normatividad vigente dependiendo del tipo de población al que pertenezcan.

El presente Anexo II del Acuerdo de Coordinación, se firma por los que en él intervienen en triplicado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los 24 días del mes de marzo de 2014.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel J. O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo; el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Hidalgo, **Pedro Luis Noble Monterrubio**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Hidalgo: el Director del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Hidalgo, **Isaías Parra Islas**.- Rúbrica.

APARTADO DOS DEL ANEXO II**INDICADORES DE DESEMPEÑO**

Con fundamento en los artículos 77 Bis 6 y 67 de la Ley General de Salud (Ley) y del Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Protección Social en Salud (Reglamento) se establecen los presentes indicadores de desempeño.

ALCANCES:

Los presentes indicadores se establecen a efecto de medir el grado de cumplimiento de las metas y compromisos contraídos entre la Federación y las entidades federativas en el presente ejercicio fiscal, su aplicación determinará la procedencia en su caso de las solicitudes de modificación a la alza de la Proyección de Cobertura por demanda extraordinaria de afiliación.

Las áreas responsables en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud de llevar el registro de su seguimiento serán las Direcciones Generales de Afiliación y Operación (DGAO) y de Financiamiento (DGF), en cuanto a los resultados esperados de registro del Programa Operativo Anual (POA), la reafiliación, la supervisión, los excedentes, así como la comprobación de los recursos transferidos por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal.

PARÁMETROS

Los indicadores considerados con su peso relativo se describen en la tabla siguiente:

INDICADOR		PESO RELATIVO EN EL GLOBAL	PESO ESPECÍFICO	FECHA DE EVALUACIÓN	
				AMPLIACIÓN DE PROYECCIÓN DE COBERTURA	GESTIÓN DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS
I	Reafiliación	30	100	Mensual a partir del mes de enero a diciembre de 2014	Mensual
II	Comprobación del ejercicio de la CS y ASF anteriores y hasta 2011	30	100	Junio 2014	N/A
III	Supervisión	10	100	Cuando aplique	N/A
IV	Excedentes (afiliación por arriba de la Cobertura acordada)	5	100	Mensual a partir del mes de agosto de 2014	N/A
V	Registro de POA	15	100	Junio de 2014	N/A
VI	Comprobación del Gasto de Operación 2013	10	100		
TOTAL		100			

Las entidades federativas que sean consideradas para ampliación de Proyección de Cobertura, serán aquellas que acumulen la mejor puntuación en sus indicadores.

I. REAFILIACIÓN

Este indicador considera un máximo de 30 puntos a obtener por parte de la entidad federativa, con dos componentes operativos: mínimo de reafiliación para la gestión de transferencia de recursos y mínimo de cumplimiento de reafiliación para calificar en el indicador para incremento de Proyección de Cobertura al final del ejercicio fiscal, conforme lo siguiente:

GESTIÓN DE RECURSOS

Si el resultado de reafiliación al mes de corte es mayor o igual al dato de la Columna D del APARTADO UNO del Anexo II, entonces procede la gestión de transferencia de recursos hasta B, caso contrario (B-C) + REAFILIACIÓN REAL ALCANZADA; la entidad federativa tendrá posibilidades de recuperar el máximo programado en la columna B hasta el corte del mes de julio, a partir del mes de agosto aplicará lo comprendido en el inciso c) de la cláusula tercera de las declaraciones del Anexo II.

PARA AMPLIACIÓN DE PROYECCIÓN DE COBERTURA

Si el resultado de reafiliación al mes de corte es mayor o igual al dato de la Columna E del APARTADO UNO del Anexo II, la entidad federativa sumará mensualmente el peso específico que corresponda y será considerada para ampliación de Proyección de Cobertura al final del ejercicio fiscal. Un resultado menor al expresado en la columna E no acumula el peso relativo para ampliación de Proyección de Cobertura.

Donde:

- A** = Crecimiento programado acumulado al mes de corte.
- B** = Proyección de cobertura programada acumulada al mes.
- C** = Se refiere al número de registros que pierden vigencia en 2014 en el mes de corte.
- D** = Reafiliación mínima para gestión de transferencia de recursos.
- E** = Reafiliación mínima para ampliación de Proyección de Cobertura.

El cumplimiento de reafiliación para que se gestione la Proyección de Cobertura del mes que corresponda (Columna B del APARTADO UNO del Anexo II), es alcanzar la reafiliación mínima establecida en el (Columna D del APARTADO UNO del Anexo II).

Para ser sujetos a la ampliación de Proyección de Cobertura vía reconocimiento de la demanda adicional de registros se deberá cumplir con un 5 por ciento adicional de la meta mínima establecida en la Columna D del APARTADO UNO del Anexo II de enero a diciembre del presente año, tal como se muestra en la tabla siguiente:

MES	PORCENTAJE MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO PARA AMPLIACIÓN DE META
Enero	3	8
Febrero	7	12
Marzo	13	18
Abril	17	22
Mayo	23	28
Junio	31	36
Julio	37	42
Agosto	43	48
Septiembre	55	60
Octubre	62	67
Noviembre	68	73
Diciembre	72	77

La ampliación de Proyección de Cobertura se reconocerá al final del ejercicio fiscal, en caso de que la entidad federativa obtenga la mejor puntuación como resultado de la suma de todos los indicadores, el crecimiento o ampliación, estará en función de la disponibilidad financiera y de la bolsa que se vaya generando de los registros cedidos de las entidades federativas que no alcancen su meta mínima de reafiliación mes con mes, a partir de agosto de acuerdo a la tabla siguiente:

NÚMERO DE MESES EN LOS QUE SE CUMPLIÓ CON EL PORCENTAJE MÍNIMO PARA AMPLIACIÓN DE META	PESO RELATIVO DE LA REAFILIACIÓN (PRR)
12	30.0
11	27.5
10	25.0
9	22.5

8	20.0
7	17.5
6	15.0
5	12.5
4	10.0
3	7.5
2	5.0
1	2.5

II. COMPROBACIÓN DE CS Y ASF (2007 a 2011)

En busca de una condición deseable a lo establecido en los artículos 77 bis 5 inciso B), fracción VIII, 77 bis 24 de la Ley y 82 del Reglamento en el que se establece que las entidades federativas tienen la obligación de informar sobre el ejercicio de los recursos transferidos para la operación del Sistema de Protección Social en Salud (Sistema).

Este indicador tendrá un peso relativo máximo de 30 puntos al registrarse el cumplimiento de la comprobación de los recursos para los ejercicios fiscales anteriores, e incluido el 2011. Las ponderaciones que se asignarán se presentan en el siguiente cuadro:

GRADO DE COMPROBACIÓN	PESO RELATIVO DE FINANCIAMIENTO (PRF)	FECHA DE EVALUACIÓN
DE 90 A 100	30.0	Junio
DE 80 A 89.9	27.0	
DE 70 A 79.9	24.0	
DE 60 A 69.9	21.0	
DE 50 A 59.9	18.0	
DE 40 A 49.9	15.0	
DE 30 A 39.9	12.0	
DE 20 A 29.9	9.0	
DE 10 A 19.9	6.0	
DE 0 A 9.9	3.0	

Para obtener el peso específico de este indicador, se tomará la suma de los porcentajes de cumplimiento dividido entre 5 tal como se muestra a continuación:

$$\text{PE Fin} = (\% \text{ de Cum 2007} + \% \text{ de Cum 2008} + \% \text{ de Cum 2009} + \% \text{ de Cum 2010} + \% \text{ de Cum 2011}) / 5.$$

Donde:

PE Fin = Peso Específico de Financiamiento.

% de Cum 2007 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2007.

% de Cum 2008 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2008.

% de Cum 2009 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2009.

% de Cum 2010 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2010.

% de Cum 2011 = Porcentaje de cumplimiento en la comprobación de recursos transferidos correspondiente al ejercicio 2011.

III. SUPERVISIÓN

La supervisión en materia de afiliación y operación, tiene por objetivo garantizar la consistencia y confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema, mediante la verificación de procesos sustantivos de la Afiliación y Operación en las entidades federativas, considerando para ello, la correcta integración de los expedientes familiares de afiliación, las visitas domiciliarias a las familias registradas, el correcto registro a través de las aplicaciones informáticas, así como la adecuada orientación del gasto de operación destinado a promoción, imagen institucional, operativos de afiliación, equipamiento de los MAO y mantenimiento del Padrón.

Para este indicador todas las entidades federativas cuentan de entrada con el valor máximo a obtener si no fueran objeto de supervisión en el presente ejercicio fiscal, caso contrario de conformidad con los resultados de supervisión en materia de afiliación, se aplicará un peso específico a fin de obtener el grado de cumplimiento o "valor del desempeño" alcanzado por cada uno de los Regímenes Estatales, de acuerdo a la tabla siguiente:

PESO ESPECÍFICO	PESO RELATIVO EN LA SUPERVISIÓN (PRS)	FECHA DE EVALUACIÓN
DE 90 A 100	10.0	Cuando aplique
DE 80 A 89.9	9.0	
DE 70 A 70.9	8.0	
DE 60 A 69.9	7.0	
DE 50 A 59.9	6.0	

IV. EXCEDENTES (afiliación por arriba de la Cobertura convenida)

Con la finalidad de asegurar la sustentabilidad financiera del Sistema de Protección Social en Salud, se deberá cuidar en todo momento que en cada cierre hasta el mes de noviembre no se cuente con más de un 10% de excedentes en el Padrón Estatal, el indicador tiene un máximo 5 puntos de peso relativo para que la entidad federativa pueda ser susceptible de ampliación de Proyección de Cobertura como se muestra a continuación:

EXCEDENTES	
NÚMERO DE MESES EN LOS QUE CUMPLIÓ CON UN REGISTRO MENOR O IGUAL AL 10%	PESO RELATIVO DEL INDICADOR
11	5.00
10	4.55
9	4.09
8	3.63
7	3.18
6	2.72
5	2.27
4	1.81
3	1.36
2	0.90
1	0.45

V. REGISTRO DE PROGRAMA OPERATIVO ANUAL

Este indicador mide la oportunidad en el registro del POA correspondiente a la Operación del Régimen de Protección Social en Salud (REPSS) a partir de la emisión de la actualización a los Lineamientos de Gasto de Operación, dados a conocer mediante oficio CNPSS-DGAO-234-2014, de fecha 20 de marzo de 2014, tendrá un peso relativo dentro de la calificación final 15, de acuerdo a las siguientes ponderaciones:

FECHA DE REGISTRO DE POA	PESO ESPECÍFICO	PESO RELATIVO EN EL REGISTRO DEL POA (PRRPOA)	FECHA DE EVALUACIÓN
Del 01 al 15 de abril	100	15.0	30 de junio de 2014
Del 16 al 30 de abril	90	13.5	
Del 01 al 15 de mayo	80	12.0	
Del 16 al 31 de mayo	70	10.5	
Del 01 al 15 de junio	60	9.0	
Del 16 al 30 de junio	50	7.5	
Del 01 de julio en adelante	40	6.0	

VI. COMPROBACIÓN DEL GASTO DE OPERACIÓN 2013

Considerando que la programación del gasto del REPSS está determinado para ejercerse en actividades que inician y concluyen con el ejercicio fiscal, lo deseable es que la acreditación del gasto se encuentre cerrada en el siguiente ejercicio fiscal, para lograr ese propósito se establece este indicador que tendrá un peso relativo del 10% sobre la calificación final a efecto de ser sujeto de ampliación de Proyección de Cobertura.

La fecha de corte en la que se evaluará este indicador, será al cierre del primer semestre de 2014 y se le asignarán los valores siguientes en función del grado de avance en dicha comprobación.

PESO ESPECÍFICO	PESO RELATIVO EN LA COMPROBACIÓN DEL GASTO DE OPERACIÓN 2013 (PRCGO)	FECHA DE EVALUACIÓN
90.1 A 100	10.0	30 de junio de 2014
80.1 A 90	9.0	
70.1 A 80	8.0	
60.1 A 70	7.0	
50.1 A 60	6.0	
40.1 A 50	5.0	
30.1 A 40	4.0	
0.1 A 30	3.0	

RESULTADOS

Las entidades federativas que acumulen la mejor puntuación como resultado de aplicar la fórmula siguiente: $PRR + PRF + PRS + PRE + PRRPOA + PRCGO$ al mes de diciembre, donde:

PRR = Peso Relativo de Reafiliación.

PRF = Peso Relativo de Financiamiento.

PRS = Peso Relativo de Supervisión.

PRE = Peso Relativo de Excedentes.

PRRPOA = Peso Relativo de Registro del POA.

PRCGO = Peso Relativo de Comprobación del Gasto de Operación 2013.

A partir de agosto y meses subsecuentes, serán susceptibles de modificación de su Proyección de Cobertura.

Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel J. O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Hidalgo, **Pedro Luis Noble Monterrubio**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Hidalgo: el Director del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Hidalgo, **Isaías Parra Islas**.- Rúbrica.