

SECRETARÍA DE SALUD

ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud.

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

JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 77 bis 1, 77 bis 5, inciso A), fracciones VI, IX y X e inciso B), fracción II, y 77 bis 21 de la Ley General de Salud; 41, 49, 51, 124, 125 y 127, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, así como 1, 6 y 7 fracción XVIII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o., párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dispone que toda persona tiene el derecho humano a la protección a la salud, así como que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en su meta nacional "México Próspero", prevé dentro de su objetivo 4.1. Mantener la estabilidad macroeconómica del país, la Estrategia 4.1.3. Promover un ejercicio eficiente de los recursos presupuestarios disponibles, que permita generar ahorros para fortalecer los programas prioritarios de las dependencias y entidades;

Que el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en su objetivo 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, Estrategia 5.2. Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, prevé como líneas de acción las relativas a fortalecer la legislación para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros del Sistema de Protección Social en Salud y realizar las adecuaciones operativas necesarias para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros de dicho Sistema;

Que acorde con lo anterior, el Ejecutivo Federal impulsó reformas a la Ley General de Salud y a su Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, mismas que fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación los días 4 de junio y 17 de diciembre de 2014, respectivamente;

Que en términos de lo dispuesto por el artículo 77 bis 5, inciso A), fracciones IX y X, de la Ley General de Salud, en la ejecución de las acciones de protección social en salud, corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, para efectos del esquema de cuotas familiares a que se refiere el ordenamiento legal citado, así como establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios de dicho Sistema, he tenido a bien emitir el siguiente:

ACUERDO

ARTÍCULO ÚNICO. Se emiten los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, en términos del Anexo Único del presente Acuerdo.

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO. Se abrogan los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2005.

TERCERO. El Manual de Afiliación y Operación, a que se refiere el numeral Décimo Segundo de los presentes Lineamientos, deberá ser emitido por la Comisión, a través de la Dirección General de Afiliación y Operación dentro de los 30 días hábiles siguientes a la entrada en vigor de los presentes Lineamientos.

Dado en la Ciudad de México, a los 9 días del mes de septiembre de 2016.- El Secretario de Salud, **José Ramón Narro Robles.**- Rúbrica.

ANEXO ÚNICO

LINEAMIENTOS DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERO. Los presentes Lineamientos tienen por objeto establecer los criterios a que se sujetará la afiliación, reafiliación, incidencias e integración del Padrón Nacional de Beneficiarios, así como la aplicación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.

SEGUNDO. Para los efectos de los presentes Lineamientos, se estará a las definiciones siguientes:

- I. **Base de datos**, a la información de los beneficiarios del Sistema, integrada a través del Sistema de Administración del Padrón y preservada en medios magnéticos, que contiene los elementos establecidos en el artículo 50 del Reglamento;
- II. **CECASOEH**, a la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar, entendida ésta, como el instrumento estandarizado elaborado por la Secretaría que es aplicado por los Regímenes Estatales para la determinación del nivel socioeconómico de la persona o familia que solicita su afiliación al Sistema y que sirve para la identificación del núcleo familiar y sus integrantes, así como para la determinación de la cuota familiar correspondiente;
- III. **Comisión**, a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
- IV. **Decil de ingreso**, a la clasificación de la población afiliada al Sistema, considerando sus características socioeconómicas e indicadores de bienestar proveniente de la CECASOEH que aplican los Regímenes Estatales;
- V. **Ley**, a la Ley General de Salud;
- VI. **Módulos**, a los módulos de afiliación y orientación, entendidos éstos, como los espacios físicos fijos y móviles con personal capacitado de los Regímenes Estatales responsables de afiliar y reafiliar a las personas y familias, así como de proporcionar información sobre trámites y servicios del Sistema;
- VII. **Padrón**, al Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema, entendido éste, como la relación nominal de las personas afiliadas al Sistema, que contiene los elementos establecidos en el artículo 50, del Reglamento, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación al Sistema;
- VIII. **Póliza de Afiliación**, al documento emitido por el Sistema de Administración del Padrón que sirve como comprobante de incorporación al Sistema;
- IX. **Regímenes Estatales**, a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, entendidos éstos, como las estructuras administrativas que dependen o son coordinadas por la encargada de conducir la política en materia de salud en las entidades federativas, que proveen las acciones en materia de protección social en salud;
- X. **Reglamento**, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud;
- XI. **RENAPO**, al Registro Nacional de Población;
- XII. **SAP**, al Sistema de Administración del Padrón, entendido éste, como el conjunto de procesos, procedimientos, herramientas tecnológicas y componentes para la administración e integración nominal de la información socioeconómica y toda aquella relacionada con el Padrón, conforme a lo que dispone el artículo 50, del Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;
- XIII. **Secretaría**, a la Secretaría de Salud;
- XIV. **Servicios Estatales de Salud**, a las estructuras administrativas de los gobiernos de las entidades federativas, independientemente de la forma jurídica que adopten, que tengan por objeto la prestación de servicios de salud;
- XV. **Sistema**, al Sistema de Protección Social en Salud a que se refiere el Título Tercero Bis, de la Ley;
- XVI. **Unidades Médicas**, a los establecimientos para la atención médica que prestan sus servicios a los beneficiarios del Sistema, y
- XVII. **Titular**, al representante del núcleo familiar en los términos previstos en el artículo 77 bis 4, de la Ley y, en su caso, conforme a lo dispuesto por el Código Civil Federal.

CAPÍTULO II

DE LOS MÓDULOS

TERCERO. Los Regímenes Estatales establecerán de conformidad con los criterios técnicos y administrativos que determine la Comisión, así como atendiendo a las metas de afiliación y, en su caso, de reafiliación, que se estipulen en el Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema en la entidad federativa de que se trate, los Módulos necesarios para llevar a cabo la promoción, afiliación y reafiliación de las personas y familias susceptibles de incorporarse al Sistema.

CUARTO. Los Regímenes Estatales deberán informar a la Comisión la ubicación de los Módulos fijos y su área de cobertura. Cualquier cambio deberá notificarse mensualmente a dicho órgano.

CAPÍTULO III

DE LA PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN

QUINTO. Los Regímenes Estatales realizarán, a través de medios impresos y electrónicos, actividades de promoción y difusión de las características y ventajas del Sistema, a fin de propiciar la afiliación o reafiliación de la población.

SEXTO. Para efectos de lo dispuesto en el numeral anterior, los Regímenes Estatales pondrán a disposición de la población la información relacionada con:

- I. La ubicación de los Módulos y sus horarios de atención;
- II. Los requisitos y lugares para la afiliación y reafiliación;
- III. El Sistema y la cobertura médica, y
- IV. Los lugares dónde se puede realizar el pago de la cuota familiar.

SÉPTIMO. La promoción para la afiliación y reafiliación al Sistema se realizará por los Regímenes Estatales en su respectiva circunscripción territorial, dando prioridad a la población de las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas, así como a las embarazadas, familias al menos con un menor de cinco años y adultos mayores.

OCTAVO. Con la finalidad de dar cumplimiento a las disposiciones de transparencia en el manejo de recursos públicos, los Regímenes Estatales deberán verificar la convergencia entre las campañas de promoción para la afiliación y/o reafiliación y los procesos electorales, con la finalidad de evitar un empalme entre éstos.

NOVENO. Las personas o familias interesadas en incorporarse al Sistema recibirán, en los eventos de promoción, la información necesaria sobre las características, requisitos y beneficios del Sistema; los periodos de vigencia; los procesos de afiliación y reafiliación; así como los esquemas de cuotas familiares. En su caso, se procederá inmediatamente a su afiliación o reafiliación.

DÉCIMO. Los materiales de difusión y promoción que utilicen los Regímenes Estatales, deberán cumplir con lo establecido en el Manual de Identidad Gráfica aplicable.

CAPÍTULO IV

DE LA AFILIACIÓN Y LA REAFILIACIÓN

SECCIÓN PRIMERA

AFILIACIÓN

DÉCIMO PRIMERO. La persona o Titular de la familia susceptible de incorporación, deberá acudir a un Módulo a manifestar su voluntad para afiliarse o reafiliarse al Sistema, lo que podrá realizar durante todo el año calendario en los días y horas establecidos por los Regímenes Estatales.

Para efectos de lo dispuesto en el párrafo anterior, el personal de los Módulos solicitará al interesado que proporcione la información necesaria para el llenado de la CECASOEH.

La solicitud de afiliación al Sistema se tendrá por registrada, una vez que se asiente la información correspondiente en la CECASOEH y que ésta sea firmada por la persona o el Titular de la familia interesada, debiéndose asignar un número de identificación o folio a cada solicitud presentada.

DÉCIMO SEGUNDO. La persona o Titular de la familia interesada deberá presentar, para su digitalización y cotejo, original de los documentos siguientes:

- I. Comprobante de domicilio;
- II. Clave Única de Registro de Población (CURP), de la persona o de cada uno de los integrantes del núcleo familiar;
- III. Identificación oficial con fotografía de la persona o del Titular de la familia;
- IV. Si es el caso, comprobante de estudios de los hijos de las personas señaladas en las fracciones I a la III del artículo 77 bis 4, de la Ley;
- V. Si es el caso, comprobante de ser beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio del Gobierno Federal, y
- VI. En el caso de afiliación colectiva, comprobante que acredite formar parte de alguna colectividad.

El Manual de Afiliación y Operación que emita la Comisión, a través de la Dirección General de Afiliación y Operación, especificará los documentos que serán válidos para acreditar los supuestos señalados en las fracciones I a VI de este lineamiento.

En caso de que los Regímenes Estatales no cuenten con sistema de digitalización, deberán solicitar a los interesados, copia simple de los documentos requeridos, las cuales se agregarán a su expediente.

No será necesario exhibir documentación de integrantes de la familia que no puedan incorporarse como beneficiarios del Sistema, salvo que se trate del Titular no beneficiario, en cuyo caso, será necesario presentar su identificación oficial y comprobante de domicilio.

En el caso de la CURP, la Comisión podrá coadyuvar con los beneficiarios en su identificación, mediante la confronta de sus datos con el RENAPO, lo que hará de conocimiento de los Regímenes Estatales para efectos del expediente de afiliación.

DÉCIMO TERCERO. En el caso de menores de edad de hasta 5 años de edad que requieran servicios médicos de urgencias y que no se encuentren afiliados al Sistema, se contará con un plazo de 5 días hábiles, contados a partir del día siguiente a la fecha de inicio de su atención médica, para solicitar su incorporación al Sistema.

DÉCIMO CUARTO. El nivel socioeconómico de los núcleos familiares afiliados, será evaluado con base en la información obtenida de la CECASOEH. Dicha información, así como la documentación mencionada en el numeral Décimo Segundo, de los presentes Lineamientos, deberá ser tratada de manera confidencial por los Regímenes Estatales, de conformidad con lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables en materia de transparencia y acceso a la información pública y protección de datos personales.

DÉCIMO QUINTO. Los núcleos familiares que, en razón del nivel socioeconómico que resulte de su evaluación, deban quedar incorporadas en el régimen contributivo del Sistema, cubrirán la cuota familiar que corresponda en los términos de los presentes Lineamientos, en los lugares que para tal efecto determinen los Regímenes Estatales, debiendo entregar copia del recibo correspondiente en el Módulo.

DÉCIMO SEXTO. La afiliación al Sistema se formalizará una vez que el Módulo expida y entregue al Titular, la Póliza de Afiliación, lo cual deberá realizarse de manera inmediata.

En la Póliza de Afiliación se hará constar el Titular, los integrantes beneficiarios del núcleo familiar, la vigencia de sus derechos, la Unidad Médica que le corresponda y, en su caso, la cuota familiar correspondiente. Dicho documento será entregado al interesado junto con la Carta de Derechos y Obligaciones, haciéndose constar por escrito la recepción de ambos.

De no ser posible dar cumplimiento a lo establecido en el párrafo primero del presente numeral, la entrega de la póliza deberá realizarse dentro de los 15 días naturales posteriores al registro de la solicitud, en cuyo caso, se proporcionará al Titular, constancia del registro de la solicitud de afiliación, con la que se acreditará la afiliación al Sistema.

DÉCIMO SÉPTIMO. El personal de los Módulos informará al Titular, que cualquier cambio en la información proporcionada al momento de realizar su incorporación al Sistema, deberá ser notificado por éste de manera inmediata, en especial cuando se trate de su inclusión en algún régimen de seguridad social.

DÉCIMO OCTAVO. Para garantizar a los afiliados al Sistema el acceso a los servicios de salud, los Regímenes Estatales deberán implementar los mecanismos necesarios para que en las Unidades Médicas se consulte la vigencia de derechos.

Cuando no sea posible la consulta de la vigencia de derechos, los beneficiarios podrán identificarse con su Póliza de Afiliación o con la constancia de registro de su solicitud de afiliación. En todos los casos deberán presentar identificación oficial con fotografía.

DÉCIMO NOVENO. La información capturada por los Módulos se remitirá a los Regímenes Estatales para actualizar el Padrón.

VIGÉSIMO. Los Módulos serán los responsables de integrar el expediente físico y/o digital, por cada núcleo familiar incorporado al Sistema.

El expediente deberá contener:

- I. Los documentos referidos en el numeral Décimo Segundo de los presentes Lineamientos;
- II. Documento que acredite el acuse de recibo de la Póliza de Afiliación y de la Carta de Derechos y Obligaciones;
- III. Si es el caso, original de los recibos de pago de las cuotas familiares, y
- IV. Original de la CECASOEH o reporte que para el efecto emita el SAP.

En el caso del expediente digital, invariablemente deberán conservarse, en expediente físico, los documentos referidos en las fracciones II a IV, del presente numeral.

VIGÉSIMO PRIMERO. Los Regímenes Estatales se responsabilizarán del resguardo y mantenimiento de los expedientes físicos y digitales que se integren de las solicitudes de los núcleos familiares beneficiarios, organizados por número de folio de afiliación al Sistema.

VIGÉSIMO SEGUNDO. En caso de que los interesados en afiliarse al Sistema no aporten la documentación comprobatoria correspondiente, podrán ser afiliados provisionalmente hasta por un periodo de noventa días naturales a partir de su registro y por 365 días, en el caso de los núcleos familiares con menores de hasta un año, o respecto de quienes se presente el certificado de nacimiento, en el entendido, de que transcurrido el plazo que resulte aplicable, sin que se entregue la documentación correspondiente, se tendrá por no presentada la solicitud de afiliación y no se devolverá la cuota familiar que, en su caso, se haya pagado.

VIGÉSIMO TERCERO. Los expedientes de los núcleos familiares beneficiarios, podrán ser revisados de manera aleatoria en cualquier momento por la Comisión, por lo que, en caso de identificarse registros de personas o familias que no tengan como soporte la documentación requerida, se procederá a levantar un acta de verificación que indicará el número de folio correspondiente al expediente incompleto para que los Regímenes Estatales integren en su totalidad dichos expedientes dentro de los treinta días hábiles subsecuentes.

SECCIÓN SEGUNDA AFILIACIONES COLECTIVAS

VIGÉSIMO CUARTO. Los Regímenes Estatales, previa opinión favorable de la Comisión, podrán realizar la afiliación colectiva de familias agremiadas a las colectividades que así lo soliciten, para lo cual será necesario que cada uno de los integrantes cumpla los requisitos establecidos en las disposiciones jurídicas aplicables, así como los previstos en este Capítulo.

VIGÉSIMO QUINTO. Los responsables de las instituciones de asistencia social, públicas o privadas, podrán solicitar la incorporación de aquellas personas sujetas a su tutela, guarda y/o custodia, así como de población vulnerable.

VIGÉSIMO SEXTO. En todos los casos, previo a realizar la afiliación a que se refiere la presente Sección, el Régimen Estatal deberá suscribir conforme a los criterios que para tal efecto determine la Comisión, el instrumento consensual que corresponda con la colectividad solicitante.

VIGÉSIMO SÉPTIMO. La Comisión podrá celebrar convenios de concertación, convenio de colaboración y bases de colaboración, según corresponda, con asociaciones civiles e instituciones públicas, para promover la afiliación colectiva de familias y de personas, lo cual hará del conocimiento de los Regímenes Estatales para los efectos correspondientes.

VIGÉSIMO OCTAVO. En los instrumentos consensuales que se celebren para efectuar afiliaciones colectivas, se determinará, tomando en consideración las condiciones socioeconómicas generales de las personas que integran a la colectividad y su grado de vulnerabilidad, el Decil de ingreso en el que se ubicará la misma, y, en su caso, la cuota familiar que corresponda.

VIGÉSIMO NOVENO. Las personas o familias que pertenezcan a una colectividad afiliada al Sistema, conservarán su derecho a optar por afiliarse al mismo de manera directa, independientemente de las condiciones específicas que para esa colectividad se establezcan.

SECCIÓN TERCERA REAFILIACIÓN

TRIGÉSIMO. La vigencia de derechos para los núcleos familiares ubicados en el régimen no contributivo del Sistema, será de 36 meses.

Los derechos de los núcleos familiares ubicados en el régimen contributivo del Sistema tendrán una vigencia anual, misma que podrá renovarse mediante la acreditación del pago de la cuota familiar que les corresponda. Dicha renovación podrá realizarse durante los 36 meses de validez de la CECASOEH.

TRIGÉSIMO PRIMERO. Al término de los plazos referidos en el numeral anterior, las personas o los núcleos familiares respectivos, deberán solicitar su reafiliación al Sistema, observando lo establecido en los numerales Décimo Primero a Décimo Quinto de los presentes Lineamientos.

CAPÍTULO V DE LA CECASOEH

TRIGÉSIMO SEGUNDO. La CECASOEH cuenta con dos apartados:

- I. Solicitud de afiliación al Sistema, en la que se indican los datos de los beneficiarios, y
- II. Evaluación socioeconómica, que contiene las variables necesarias para definir el Decil de ingresos del núcleo familiar.

La CECASOEH o, en su caso, el reporte emitido por el SAP, deberán ser firmados por el Titular, bajo protesta de decir verdad de que los datos que proporcionó son ciertos y hará constar que su afiliación es voluntaria.

TRIGÉSIMO TERCERO. La CECASOEH es de aplicación general a las personas o familias que soliciten su afiliación al Sistema y será elaborada con base en el modelo establecido en el Manual de Afiliación y Operación a que se hace referencia en el numeral Décimo Segundo de los presentes Lineamientos.

TRIGÉSIMO CUARTO. Las entidades federativas no deberán modificar el contenido ni el formato de la CECASOEH. Su aplicación podrá realizarse mediante medios físicos o electrónicos, en este último caso, el SAP emitirá un reporte en el que constará la información proporcionada.

TRIGÉSIMO QUINTO. A efecto de validar la información proporcionada por el Titular, ésta podrá ser verificada por los Regímenes Estatales o por la Comisión.

TRIGÉSIMO SEXTO. La información contenida en la CECASOEH tendrá una validez de 36 meses. Habiendo transcurrido este periodo se deberá aplicar a la persona o a la familia correspondiente, una nueva evaluación socioeconómica.

TRIGÉSIMO SÉPTIMO. En caso de que se presenten desastres naturales declarados por autoridad competente mediante comunicado oficial, que pudieran modificar las condiciones socioeconómicas de los habitantes de las zonas afectadas, los Regímenes Estatales, bajo su estricta responsabilidad, podrán constituir el número de Módulos necesarios para aplicar, a solicitud de parte, nuevas CECASOEH a los núcleos familiares afectados, con el propósito de reconocer las condiciones socioeconómicas vigentes.

Asimismo, los Regímenes Estatales, bajo su estricta responsabilidad, podrán exentar del pago de cuotas familiares a los núcleos familiares afectados durante el periodo restante de su vigencia, informando de lo anterior a la Comisión.

TRIGÉSIMO OCTAVO. En caso de fallecimiento, discapacidad permanente o privación de la libertad por resolución judicial, del principal sostén económico de la familia, algún integrante de ésta podrá solicitar la aplicación de una nueva CECASOEH, presentando original y entregando copia simple del acta de defunción correspondiente, del certificado que acredite la discapacidad, emitido por médico autorizado para tal efecto o, en su caso, resolución de la autoridad judicial o administrativa competente en materia penitenciaria, con el propósito de que se le reconozcan sus condiciones vigentes.

CAPÍTULO VI DE LAS CUOTAS FAMILIARES SECCIÓN PRIMERA

EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LAS FAMILIAS

TRIGÉSIMO NOVENO. El monto de las cuotas familiares se determinará según la condición socioeconómica de los núcleos familiares, que resulte de la aplicación de la CECASOEH.

CUADRAGÉSIMO. La clasificación de los núcleos familiares, según su nivel de ingreso, se realizará mediante el modelo estadístico de análisis discriminante contenido en el SAP, elaborado por la Comisión y puesto a disposición de los Regímenes Estatales.

CUADRAGÉSIMO PRIMERO. La evaluación socioeconómica de los núcleos familiares se realizará en los Módulos, incorporando la información registrada en la CECASOEH al SAP, el cual generará el Decil de ingreso que le corresponde a la persona o familia solicitante.

SECCIÓN SEGUNDA PAGO DE CUOTAS

CUADRAGÉSIMO SEGUNDO. Las cuotas familiares serán actualizadas por la Comisión anualmente y tendrán, en su caso, un incremento máximo anualizado, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, equivalente a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor que da a conocer periódicamente el Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

El monto de las cuotas familiares se difundirá en el Diario Oficial de la Federación, antes del quince de febrero de cada año.

CUADRAGÉSIMO TERCERO. Los Regímenes Estatales aplicarán las cuotas que se encuentren en vigor al momento de la afiliación y reafiliación de las personas o familias y bajo ninguna circunstancia deberán aplicar exenciones o diferimientos de pago que no estén expresamente previstos en las disposiciones jurídicas aplicables.

Tampoco se deberá requerir a la persona o familia solicitante un desembolso monetario mayor a la cuota que, en su caso, les corresponda.

CUADRAGÉSIMO CUARTO. Quedarán incorporados en el Régimen no Contributivo del Sistema, los núcleos familiares siguientes:

- I. Aquéllos que se encuentren en los Deciles I a IV de la distribución de ingresos, y
- II. Aquéllos que ubicándose en los Deciles V a VII de la distribución de ingresos tengan dentro de sus integrantes, a una persona menor de edad o a una mujer embarazada.

CUADRAGÉSIMO QUINTO. Las personas mayores de dieciocho años que deseen afiliarse de manera individual al Sistema, aportarán el equivalente al cincuenta por ciento del monto de la cuota familiar que corresponda al Decil de ingresos en que se ubique, según los resultados de la evaluación socioeconómica.

Este criterio también se aplicará a mujeres embarazadas menores de dieciocho años de edad, afiliadas de manera individual, hasta en tanto no incorporen un integrante.

CUADRAGÉSIMO SEXTO. Los Regímenes Estatales expedirán a los beneficiarios un recibo que ampare la cuota familiar pagada, mismo que deberá contener la información siguiente:

- I. Imagen institucional del Sistema;
- II. Número de folio;
- III. La identificación de que es un recibo que ampara la cuota familiar;
- IV. Nombre del Titular;
- V. Fecha y lugar de expedición;
- VI. Periodo de vigencia que ampara el pago, y
- VII. Sello, nombre y firma de quien recibe el pago.

SECCIÓN TERCERA DE LAS CUOTAS FAMILIARES

CUADRAGÉSIMO SÉPTIMO. Las cuotas familiares se podrán cubrir de manera trimestral, semestral o anual. Una vez realizado el pago, lo cual deberá hacerse previo a la emisión de la Póliza de Afiliación, se registrará en el SAP el o los trimestres de aportación, monto, folio del recibo y fecha de emisión.

CUADRAGÉSIMO OCTAVO. La Comisión, conforme al resultado de validación de la Base de datos de los padrones estatales, emitirá el reporte que consigne el número de registros y el monto de cuotas familiares, para efectos de la conciliación establecida en Ley, con independencia de que dichos registros se consignen en el cierre oficial del corte que corresponda.

CAPÍTULO VII DEL PADRÓN SECCIÓN PRIMERA INTEGRACIÓN DEL PADRÓN

CUADRAGÉSIMO NOVENO. Corresponde a los Regímenes Estatales:

- I. Integrar y administrar el Padrón, de conformidad con los criterios que al efecto establezca la Comisión en el Manual de Afiliación y Operación a que se refiere el numeral Décimo Segundo de los presentes Lineamientos;
- II. Verificar que la incorporación de la información de las personas o familias al Padrón se realice a partir de la presentación de la solicitud y previo cumplimiento de los requisitos legales establecidos;
- III. Asegurar que la Base de datos del Padrón contenga los elementos señalados en el artículo 50 del Reglamento, así como la información de la CECASOEH;
- IV. Utilizar, para la incorporación de la información de las personas o familias al Padrón, la plataforma informática del SAP que provea la Comisión, conforme a su instructivo técnico, así como adoptar las actualizaciones o nuevas versiones de dicha herramienta electrónica, y
- V. Responsabilizarse de la información incorporada al Padrón y adoptar las medidas necesarias para verificar periódicamente su contenido y garantizar su veracidad, función que recaerá en el área de administración del Padrón.

QUINCUAGÉSIMO. Corresponde a la Comisión:

- I. Proveer el SAP a los Regímenes Estatales para la incorporación de información de las personas o familias afiliadas al Sistema, lo que permitirá integrar el Padrón con parámetros homogéneos y acorde con los criterios de afiliación establecidos en estos Lineamientos;
- II. Integrar el Padrón a partir de la información contenida en los padrones de los Regímenes Estatales, y
- III. Reorientar, en términos de la Ley y el Reglamento, la meta convenida cada año en el anexo correspondiente del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema en la entidad federativa de que se trate.

SECCIÓN SEGUNDA VALIDACIÓN DEL PADRÓN

QUINCUAGÉSIMO PRIMERO. Los Regímenes Estatales serán responsables de verificar la información proporcionada por los solicitantes de incorporación al Padrón.

QUINCUAGÉSIMO SEGUNDO. Los Regímenes Estatales deberán adoptar medidas para que los operadores de los Módulos integren la información de las personas y familias apegándose a la documentación fuente proporcionada por éstas. Para ello, deberán establecer mecanismos de verificación aleatoria de documentación fuente contra registros en Base de datos y, en su caso, realizar las acciones correctivas necesarias.

QUINCUAGÉSIMO TERCERO. Los Regímenes Estatales realizarán la validación del Padrón con la herramienta integrada al SAP, previo a su envío mensual a la Comisión, considerando al menos las acciones de control de los registros de la Base de datos siguientes:

- I. Comprobar que las homonimias de Titulares correspondan a personas diferentes, a partir de los documentos probatorios fuente, tales como: CURP, acta de nacimiento o certificado de nacimiento;
- II. Corroborar que la aportación familiar corresponda al Decil de ingreso en el que fue ubicado el núcleo familiar, y al período correspondiente;
- III. Verificar que el núcleo familiar esté referenciado a una Unidad Médica de adscripción;
- IV. Revisar que los núcleos familiares pertenezcan a una localidad del catálogo integrado en el SAP;
- V. Conciliar las cifras de beneficiarios incorporados por cada uno de los Módulos que operan en la entidad federativa, para garantizar que sean acordes con las integradas al Padrón;

- VI. Corregir las inconsistencias generadas por errores de captura tales como: caracteres especiales o inválidos y ortográficos, y
- VII. Verificar y, en su caso, actualizar la información de los beneficiarios reportados a la Comisión por el RENAPO como fallecimientos, previo a su envío, así como las claves únicas de registro de población validadas que genera esa institución.

QUINCUAGÉSIMO CUARTO. En aspectos de validación del Padrón, los Regímenes Estatales deberán adoptar las medidas de control necesarias, así como las que establezca la Comisión para mejorar los procesos.

QUINCUAGÉSIMO QUINTO. La Comisión promoverá las evaluaciones que considere pertinentes a los padrones de beneficiarios de los Regímenes Estatales para verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley, en su Reglamento y en estos Lineamientos, así como para establecer estrategias y líneas de acción para mejorar la integración, protección y calidad de la información.

Los Regímenes Estatales deberán adoptar las recomendaciones y líneas estratégicas que emanen de la evaluación que ordene la Comisión y cumplirlas en los plazos que se establezcan.

SECCIÓN TERCERA INCIDENCIAS AL PADRÓN

QUINCUAGÉSIMO SEXTO. Los Regímenes Estatales podrán realizar modificaciones a los datos de los beneficiarios, en los casos siguientes:

- I. A petición de los beneficiarios;
- II. Por la detección de registros incorrectos en valoraciones que se realicen a la base de datos contra los expedientes, y
- III. Como resultado de las validaciones y supervisiones que realice u ordene la Comisión, y

En todos los casos, las modificaciones deberán estar respaldadas con la documentación fuente integrada en los expedientes de los núcleos familiares afiliados y de ser necesario se emitirá una nueva Póliza de Afiliación.

SECCIÓN CUARTA ENVÍO Y RECEPCIÓN DE LA BASE DE DATOS

QUINCUAGÉSIMO SÉPTIMO. El envío de la Base de datos se realizará a través de la estructura y medios informáticos que provea la Comisión a partir del SAP y, en su caso, a través de los medios magnéticos alternativos cuando exista algún impedimento plenamente justificado.

QUINCUAGÉSIMO OCTAVO. La Comisión realizará la validación de la Base de datos remitida por los Regímenes Estatales, a partir de la herramienta integrada en el SAP, informándoles a mes vencido el resultado de manera oficial.

QUINCUAGÉSIMO NOVENO. Los Regímenes Estatales tendrán como máximo dos días naturales para realizar aclaraciones respecto del resultado de la validación remitida por la Comisión. Las aclaraciones que procedan se integrarán en el cierre definitivo.

SEXAGÉSIMO. En el caso de los registros con inconsistencias, los Regímenes Estatales realizarán las correcciones que, en su caso, procedan y los integrarán en la entrega del mes subsecuente. El financiamiento que pudiera corresponderles será a partir de su integración al Padrón Nacional.

SECCIÓN QUINTA INFORMACIÓN DEFINITIVA

SEXAGÉSIMO PRIMERO. La información definitiva del Padrón de cada mes, será la del cierre autorizado por la Comisión, misma que remitirá a los Regímenes Estatales. Por lo tanto, la información oficial que proporcionen éstos deberá originarse de dicho cierre.

SEXAGÉSIMO SEGUNDO. La Comisión deberá generar un respaldo del Padrón con el corte mensual y al cierre de cada trimestre conservar sólo el del último mes (marzo, junio, septiembre y diciembre). Al concluir el ejercicio fiscal, se deberá mantener el cierre del mes de diciembre como anual.

SEXAGÉSIMO TERCERO. Dentro de los quince días hábiles del mes subsecuente al del cierre definitivo, la Comisión procederá a iniciar el trámite para la transferencia de las aportaciones federales por las personas afiliadas al Sistema.

SECCIÓN SEXTA RESGUARDO, ACCESO Y CONTROL DEL PADRÓN

SEXAGÉSIMO CUARTO. Los Regímenes Estatales, una vez que la Comisión notifique el cierre de afiliación del periodo correspondiente, procederán a:

- I. Respaldo la información del Padrón del cierre mensual en al menos dos dispositivos de almacenamiento, alternos al equipo de cómputo donde se acopia la información de la Base de datos, para asegurar la recuperación integral de la misma en caso de una eventualidad y preservar el récord histórico;

- II. Dichos respaldos deberán hacerse del corte mensual y al cierre de cada trimestre conservando sólo el del último mes (marzo, junio, septiembre y diciembre). Al concluir el ejercicio fiscal se deberá mantener el cierre del mes de diciembre como anual;
- III. Realizar el respaldo de la Base de datos previo a cada cambio de versión del SAP, para asegurar la recuperación e integridad de la información;
- IV. Actualizar el SAP, a partir de las versiones que libere la Comisión y asegurar que la integración de la información se realice en la versión más reciente, y
- V. Adoptar las medidas de seguridad y recuperación de información del Padrón en caso de siniestros tales como: terremotos, inundaciones, incendios u otros que pudieran afectar la integridad de los resguardos de la Base de datos, seleccionando un lugar físico alternativo de almacenamiento de los respaldos del Padrón al lugar de adscripción, a efecto de garantizar su recuperación integralmente. Para ese efecto, se turnarán a dicho lugar de almacenaje al menos dos dispositivos de almacenamiento con el respaldo de la información por cada mes de cierre de Padrón.

El acceso a este lugar alternativo deberá recaer en los titulares de los Regímenes Estatales y en el responsable del área de administración del Padrón, para asegurar la confidencialidad de la información depositada en el mismo.

SECCIÓN SÉPTIMA

CONFIDENCIALIDAD Y DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN DEL PADRÓN

SEXAGÉSIMO QUINTO. El Padrón estará sujeto a las normas de confidencialidad previstas en las disposiciones jurídicas aplicables en materia de transparencia y acceso a la información pública; en la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, así como en los siguientes criterios:

- I. Los Regímenes Estatales deberán mantener los datos personales contenidos en el Padrón bajo la política de confidencialidad y estricto resguardo, estableciendo para ello los controles informáticos necesarios, para que su acceso sea restringido sólo a personal autorizado, obligación que recaerá en los titulares de los Regímenes Estatales.
- II. Las medidas de control para acceder al equipo que resguarda el Padrón, serán mediante claves confidenciales que sólo deberán conocer los responsables autorizados.
- III. La Comisión, a partir del Padrón validado de las entidades federativas, es responsable de integrar y resguardar el mismo, estableciendo las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y el acceso controlado a la misma.

SECCIÓN OCTAVA

COTEJO

SEXAGÉSIMO SEXTO. La Comisión, de conformidad con el artículo 77 bis 5, inciso A), fracción XI, de la Ley, y 52 del Reglamento, solicitará anualmente, al Consejo de Salubridad General, el cotejo del Padrón, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica, y dará a conocer a los Regímenes Estatales el resultado del mismo.

SEXAGÉSIMO SÉPTIMO. Con base en el resultado del cotejo, los Regímenes Estatales procederán a verificar la vigencia de los registros señalados como duplicados y, en su caso, procederán de conformidad con las determinaciones que al respecto emita la Comisión.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES FINALES

SEXAGÉSIMO OCTAVO. La Comisión y los Regímenes Estatales serán responsables de poner a disposición del público en general, a través de medios impresos y electrónicos, los presentes Lineamientos, así como los procedimientos que de éstos se deriven.

SEXAGÉSIMO NOVENO. La Comisión vigilará el cumplimiento de la aplicación de los presentes Lineamientos y dictará las disposiciones operativas correspondientes.

SEPTUAGÉSIMO. La Secretaría, a través de la Comisión, interpretará para efectos administrativos los presentes Lineamientos y resolverá aquellos casos no previstos en los mismos, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

SEPTUAGÉSIMO PRIMERO. Las quejas y sugerencias sobre las actividades y funciones de prestadores de servicios del Sistema, podrán presentarse a través de los distintos mecanismos implementados para tal efecto en las unidades médicas, oficinas y Módulos, así como en la propia Comisión.

SEPTUAGÉSIMO SEGUNDO. En caso de que alguna queja o denuncia revista actos que impliquen responsabilidad administrativa de funcionarios públicos, se atenderá conforme a lo dispuesto en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos o sus correlativas en las entidades federativas.

ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos para la Integración de la Aportación Solidaria Estatal del Sistema de Protección Social en Salud.

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

JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3, fracción II bis, 13, apartado A, fracción VII bis, 77 bis 11 y 77 bis 13, fracción I, de la Ley General de Salud; 76, 78, 84 y 85, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, así como 6 y 7, fracción XVIII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho humano que toda persona tiene a la protección de la salud;

Que acorde con lo anterior, el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, establece el Sistema de Protección Social en Salud (Sistema), como un mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social;

Que en términos de lo dispuesto por el artículo 77 bis 11, párrafo primero, de la Ley General de Salud, el Sistema es financiado de manera solidaria por la Federación, las entidades federativas y los beneficiarios del propio Sistema, correspondiendo a las referidas entidades, conforme a la fracción I, del artículo 77 bis 13, del ordenamiento mencionado, efectuar aportaciones solidarias por persona beneficiaria, equivalentes por lo menos a la mitad de la cuota social que cubra anualmente el Gobierno Federal, y

Que el artículo 85, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, dispone que la medición de la aportación solidaria estatal se llevará a cabo conforme a la metodología utilizada para efectos del seguimiento del gasto en salud a través del Sistema Nacional de Información en Salud, la cual será precisada en los criterios y lineamientos aplicables en la materia, así como, que dicha metodología, criterios y lineamientos, serán publicados por la Secretaría de Salud en el Diario Oficial de la Federación, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO

ARTÍCULO ÚNICO. Se emiten los Lineamientos para la Integración de la Aportación Solidaria Estatal del Sistema de Protección Social en Salud.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor el primero de enero de dos mil diecisiete, a efecto de que las entidades federativas tomen las previsiones necesarias en los presupuestos estatales correspondientes.

SEGUNDO. Con la entrada en vigor del presente Acuerdo, se abrogan los Lineamientos para la integración de la Aportación Solidaria Estatal del Sistema de Protección Social en Salud y las Modificaciones a los mismos, publicados en el Diario Oficial de la Federación los días 31 de diciembre de 2007 y 25 de julio de 2008, respectivamente.

Dado en la Ciudad de México, a los nueve días del mes de septiembre de 2016.- El Secretario de Salud,
José Ramón Narro Robles.- Rúbrica.

LINEAMIENTOS PARA LA INTEGRACIÓN DE LA APORTACIÓN SOLIDARIA ESTATAL DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERO. Los presentes Lineamientos tienen por objeto establecer los criterios y metodología a que se sujetará la integración de la Aportación Solidaria Estatal que deben realizar las entidades federativas para el financiamiento del Sistema.

SEGUNDO. Para efectos de los presentes Lineamientos, se entenderá por:

- I. ASE, la Aportación Solidaria Estatal;
- II. Comisión, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
- III. Ley, la Ley General de Salud;
- IV. Reglamento, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, y
- V. Sistema, el Sistema de Protección Social en Salud.

TERCERO. La ASE consiste en la aportación solidaria mínima por persona beneficiaria, que para el financiamiento del Sistema, deben realizar las entidades federativas, en términos de los artículos 77 bis 11, párrafo primero y 77 bis 13, fracción I, de la Ley.

La ASE se determinará anualmente a partir del inicio de la vigencia de derechos de las personas afiliadas al Sistema y será proporcional a la duración de dicha vigencia de derechos en el año de que se trate.

CAPÍTULO II MODALIDADES PARA LA INTEGRACIÓN DE LA ASE

CUARTO. Para la integración de la ASE se considerarán las modalidades siguientes:

A. Aportación líquida. Considera las aportaciones que las entidades federativas realizan en numerario al Sistema en la entidad, las cuales no podrán ser inferiores al 30% del total de la ASE por persona que les corresponda realizar en el ejercicio fiscal correspondiente y deberán estar previstas de manera específica en el presupuesto de egresos local para el ejercicio fiscal vigente, preferentemente.

En caso de que durante el ejercicio fiscal que corresponda, se prevea ejercer recursos por concepto de ASE adicionales a los originalmente presupuestados, éstos deberán ser informados por la entidad federativa a la Comisión, acompañando la documentación presupuestaria que compruebe la autorización y los movimientos bancarios correspondientes a su realización.

Tratándose de esta modalidad, las entidades federativas deberán notificar a la Comisión lo siguiente:

- I. Las cuentas bancarias destinadas para el uso y manejo de los recursos de las aportaciones líquidas en el ejercicio fiscal vigente, y
- II. El soporte documental de los depósitos o transferencias realizadas a dichas cuentas mediante el Sistema de Pagos Electrónicos Interbancarios.

B. Acreditación del gasto estatal por persona. Se refiere al gasto que las entidades federativas erogan para fortalecer la prestación de los servicios de salud a la persona, en el ejercicio fiscal vigente.

QUINTO. Para efectos de lo dispuesto en el apartado B, del numeral anterior, los conceptos específicos que podrán considerarse para la integración de la ASE, son los siguientes:

- I. Los recursos autorizados en el presupuesto de egresos local de la entidad federativa, para la prestación de los servicios de salud a la persona, durante el ejercicio fiscal vigente, distintos a los previstos en el apartado A, del numeral anterior;
- II. Las aportaciones de las entidades federativas que en el ejercicio fiscal vigente realicen de forma extraordinaria para la prestación de servicios de salud;

- III. Los recursos destinados a la obra pública en curso o concluida durante el ejercicio fiscal vigente, dirigida a la prestación de servicios de salud, siempre que la misma esté contemplada en el Plan Maestro de Infraestructura y el recurso sea erogado en dicho ejercicio;
- IV. Los recursos destinados para la adquisición del equipo relacionado con la salud que fortalezca la prestación de servicios de salud a la persona en el ejercicio fiscal vigente;
En este supuesto, las entidades federativas deberán proporcionar el monto respectivo y la información detallada por unidad médica;
- V. Las aportaciones municipales y donaciones, siempre y cuando el destino de dichos recursos sea para prestar servicios de salud a la persona y se otorguen durante el ejercicio fiscal de que se trate, y
- VI. Los recursos presupuestarios adicionales a los originalmente presupuestados, informados por la entidad federativa a la Comisión, acompañando la documentación presupuestaria que compruebe la autorización.
- VII. Los recursos presupuestarios que las entidades federativas destinen a hospitales u otros organismos que presten servicios de salud en la entidad en el ejercicio fiscal vigente y que no estén considerados en el presupuesto de los Servicios Estatales de Salud, así como los montos estimados de cuotas de recuperación.

Tratándose de los recursos erogados para la atención de sesiones de hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal para mayores de 18 años, las entidades federativas podrán acreditar éstos, hasta por el 20% del total de la ASE del ejercicio fiscal vigente. La Comisión, sólo acreditará el recurso estatal que se utilice en este concepto, sin considerar el copago. Los costos que se reconocerán por sesión para dichos tratamientos y la mecánica de reporte, serán informados por la Comisión, a través de la Dirección General de Financiamiento, durante el primer trimestre del ejercicio.

SEXTO. No podrán acreditarse como ASE los conceptos siguientes:

- I. Los recursos federales del Ramo 12 (Salud) y del Ramo 33 (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud); las aportaciones de los fondos de Protección contra Gastos Catastróficos y de Previsión Presupuestal Anual; así como las aportaciones de los gobiernos estatales para cubrir las cuotas familiares, y
- II. Los recursos que sean destinados para fortalecer la prestación de los servicios de salud de las personas que sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o que cuenten con algún otro mecanismo de previsión social derivado de una relación laboral.

SÉPTIMO. Corresponde a la Comisión, a través de la Dirección General de Financiamiento, analizar y determinar, si los conceptos y montos que se pretenden acreditar del gasto estatal por persona, se apegan a los presentes Lineamientos.

OCTAVO. Para efectos de la integración de la ASE, al inicio de cada ejercicio fiscal, preferentemente durante el primer trimestre del año y en cuanto las condiciones presupuestarias lo permitan, las entidades federativas presentarán de manera detallada, documentada y en los formatos que para tal efecto establezca la Comisión, los montos correspondientes a los servicios de salud a la persona, en cada uno de los conceptos de gasto.

Todos los conceptos que se tomen en cuenta para la integración de la ASE, deberán estar debidamente justificados normativa y/o contablemente. La Comisión podrá solicitar a las entidades federativas, la información adicional que considere pertinente, con el objeto de revisar que los recursos sean destinados a fortalecer la prestación de los servicios de salud a la persona, en el ejercicio fiscal vigente del que se trate.

CAPÍTULO III CÁLCULO DE LA ASE

NOVENO. El monto total que deberán aportar las entidades federativas en concepto de ASE en cada ejercicio fiscal, es el resultado de multiplicar el equivalente a la mitad de la cuota social vigente por persona por el número de personas afiliadas en la entidad, cuyo cálculo será proporcional al periodo de vigencia de derechos de dichas personas afiliadas al Sistema.

DÉCIMO. La acreditación del gasto estatal para la prestación de los servicios de salud como ASE, se realizará de la manera siguiente:

- I. La base para determinar el 30% que las entidades federativas deberán aportar de forma líquida conforme al numeral Cuarto, apartado A, de los presentes Lineamientos, será el monto equivalente a la mitad de la cuota social.
- II. Se determinará la acreditación del gasto estatal para la prestación de los servicios de la salud por persona susceptible de incorporación, sumando los conceptos relacionados en el numeral Quinto, de estos Lineamientos, y dividiéndolos entre el número total de personas susceptibles de incorporación.

Expresado lo anterior como fórmula:

$$\text{Gasto Estatal acreditable por persona al año} = \frac{\text{PE}}{\text{NP}}$$

Donde:

PE: Monto total destinado a la prestación de los servicios de salud de los conceptos relacionados en el numeral Quinto, de estos Lineamientos.

NP: Personas susceptibles de incorporación.

- III. El cociente obtenido de la división a que se refiere la fracción anterior, será el gasto estatal acreditable por persona para la prestación de servicios de salud. Si dicho cociente es inferior a la diferencia del numeral Noveno de estos Lineamientos, menos el monto de la fracción I del presente numeral, las entidades federativas deberán hacer la aportación líquida por la diferencia que resulte multiplicada por el número de personas afiliadas, de manera proporcional a la vigencia de sus derechos, la cual será independiente de la que se determine conforme a la citada fracción.
- IV. El gasto estatal por persona al año se conformará del gasto estatal acreditable y las aportaciones líquidas realizadas.
- V. El número de personas susceptibles de incorporación (NP) es la población no derechohabiente de la seguridad social en el estado, reportada por la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud. En el caso de entidades federativas donde opera el Programa IMSS-PROSPERA (antes IMSS-Oportunidades), se restará de la población no derechohabiente las familias beneficiarias del Programa Desarrollo Humano Oportunidades, hoy PROSPERA Programa de Inclusión Social que atiende únicamente el Programa IMSS-PROSPERA.
La población resultante también sirve de base para el cálculo de la ASE.
- VI. En el caso de que el monto de los conceptos de gasto del numeral Quinto, de estos Lineamientos, sea superior al monto a aportar por concepto de ASE para el ejercicio fiscal vigente, la diferencia no podrá ser acreditada en el ejercicio fiscal en curso, ni en los subsecuentes.

CAPÍTULO IV FORMALIZACIÓN Y RESGUARDO DE LA INFORMACIÓN

DÉCIMO PRIMERO. La formalización de las aportaciones líquidas para la integración de la ASE y de las cuentas destinadas para el depósito de los recursos, se realizará a través de las comunicaciones emitidas trimestralmente por las entidades federativas, que contengan la información oficial debidamente validada respecto a dichas aportaciones, las cuales deberán cumplir con lo mencionado en el numeral Cuarto, apartado A, de estos Lineamientos. Esta información deberá ser firmada por el titular de la Instancia Rectora Local en Salud de cada entidad federativa, así como por el titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

DÉCIMO SEGUNDO. La formalización de los montos acreditados como ASE y el informe del ejercicio del gasto de las aportaciones líquidas, se realizará mediante comunicación oficial a la Comisión por parte de las entidades federativas, debiéndose acompañar la documentación soporte presupuestaria y/o contable de cada uno de los conceptos de gasto, que permita identificar la fuente de financiamiento. Esta información deberá ser firmada por el titular de la Instancia Rectora Local en Salud de cada entidad federativa, así como por el titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

DÉCIMO TERCERO. El resguardo y veracidad de la documentación soporte sobre la información que es remitida a la Comisión, será responsabilidad de cada entidad federativa.

DÉCIMO CUARTO. La Comisión hará reconocimientos trimestrales de la entrega de la ASE.

CAPÍTULO V REQUISITOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LA ASE

DÉCIMO QUINTO. A partir del segundo semestre del ejercicio fiscal de que se trate, los montos para la integración de la ASE en cada entidad federativa, podrán ser considerados una vez que se compruebe el cumplimiento de las condiciones siguientes:

- I. Que se hayan formalizado los anexos III y IV vigentes del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema;
- II. Que se hayan comprobado los montos efectivamente erogados en las modalidades de la ASE del ejercicio inmediato anterior, conforme a los numerales Décimo Séptimo y Décimo Octavo, de estos Lineamientos;
- III. Que se hayan comprobado las erogaciones de los recursos federales de cuota social y aportación solidaria federal del ejercicio inmediato anterior, conforme a lo estipulado en el anexo IV, del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema, y
- IV. Que se hayan regularizado los saldos pendientes por concepto de compensación económica, conforme a lo estipulado en el convenio específico respectivo y al comunicado que emita al respecto la Comisión, a través de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

De no tenerse cumplidas las condiciones anteriores se suspenderán para los trimestres siguientes los reconocimientos en la entrega de la ASE a que hace referencia el numeral Décimo Cuarto de los presentes Lineamientos.

DÉCIMO SEXTO. En casos plenamente justificados, la Comisión podrá exceptuar el cumplimiento de los requisitos a que se refiere el numeral anterior.

CAPÍTULO VI AJUSTES EN EL CIERRE DEL EJERCICIO

DÉCIMO SÉPTIMO. Concluido el ejercicio fiscal de que se trate, las entidades federativas deberán informar a la Comisión los montos efectivamente erogados para la integración de la ASE, de acuerdo con la Cuenta Pública local y/o documentos oficiales que los respalden, de conformidad con lo estipulado en el Anexo IV, del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema.

Para el caso de los recursos acreditables, se considerará la presentación de la documentación que compruebe de manera detallada, los montos correspondientes a los servicios de salud a la persona en cada uno de los conceptos de gasto.

DÉCIMO OCTAVO. En caso de que la ASE reportada a la Comisión sea inferior a los montos efectivamente erogados para su integración, las entidades deberán aportar de manera líquida la diferencia al Sistema en la entidad, e informarlo a la Comisión mediante comunicación oficial del titular de la Instancia Rectora Local en Salud de cada entidad federativa, así como por el titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

DÉCIMO NOVENO. Concluido el ejercicio fiscal de que se trate, las entidades federativas, deberán reportar, en los formatos que para tal efecto establezca la Comisión, el ejercicio del gasto de las aportaciones líquidas realizadas al Sistema, a través de la documentación que contenga la información oficial debidamente validada y hasta la conclusión del mismo, las cuales deberán ser ejercidas en beneficio de los afiliados del Sistema.

En caso de que el monto del ejercicio del gasto reportado sea diferente a la ASE líquida aportada al Sistema en el ejercicio de que se trate, la entidad federativa deberá proporcionar la documentación validada que justifique el flujo y destino de los recursos.

AVISO que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo.

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

GABRIEL JAIME O'SHEA CUEVAS, Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 77 bis 11, párrafo primero, 77 bis 21, 77 bis 25, 77 bis 26 y 77 bis 35, de la Ley General de Salud; 126 y 127, párrafo tercero, fracción III, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; 2, Apartado C, fracción XII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 4, así como 6, fracciones I y XIII, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y

CONSIDERANDO

Que el Título Tercero Bis, de la Ley General de Salud establece que la protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, haciendo efectivo así el derecho de toda persona a la protección de la salud, derecho humano reconocido en el artículo 4o., de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

Que en términos de la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, el Sistema de Protección Social en Salud es financiado de manera solidaria por la Federación, las entidades federativas y, en su caso, por los beneficiarios del mismo, para lo cual, de conformidad con dichos ordenamientos, la Secretaría de Salud, por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, establece el esquema de cuotas familiares;

Que el artículo 77 bis 26, de la Ley General de Salud, establece que el nivel de ingreso o la carencia de éste no es limitante para el acceso al Sistema de Protección Social en Salud, dada la previsión del régimen no contributivo, el cual es aplicable tanto a aquellas familias con insuficiente ingreso o la carencia de éste, como en aquellos supuestos que fije la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, conforme a la fracción III, del párrafo tercero, del artículo 127, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2013, establece dentro de su Meta Nacional "México Incluyente", Objetivo 2.3 "Asegurar el acceso a los servicios de salud", las estrategias 2.3.1 "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal", la cual señala, entre otras líneas de acción, la relativa a garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral; 2.3.2 "Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud", así como 2.3.3 "Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad";

Que el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013, establece dentro de su Objetivo 6 "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, la Estrategia 6.1 "Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal", la cual señala entre otras líneas de acción, la relativa a afiliar o reafiliar al Sistema de Protección Social en Salud a la población sin seguridad social, especialmente aquella que vive en condición de vulnerabilidad;

Que en términos de la fracción I, del artículo 34, de la Ley General de Víctimas, en materia de asistencia y atención médica, la víctima tendrá todos los derechos establecidos por la Ley General de Salud para los usuarios de los servicios de salud, teniendo como uno de sus derechos adicionales, que se le proporcione gratuitamente atención médica y psicológica permanente de calidad en cualquiera de los hospitales públicos federales, estatales, del Distrito Federal y municipales, de acuerdo a su competencia, cuando se trate de lesiones, enfermedades y traumas emocionales provenientes del delito o de la violación a los derechos humanos sufridos por ella;

Que conforme lo determina el artículo 36, de la Ley General de Víctimas, los Gobiernos federal, estatales y del Distrito Federal, a través de sus organismos, dependencias y entidades de salud pública, así como aquellos municipios que cuenten con la infraestructura y la capacidad de prestación de servicios, definirán los procedimientos para garantizar de manera gratuita los servicios de asistencia médica preoperatoria, postoperatoria, quirúrgica, hospitalaria y odontológica a que hubiese lugar de acuerdo al concepto médico y valoración, que permita atender lesiones transitorias y permanentes y las demás afectaciones de la salud física y psicológica que tengan relación causal directa con las conductas;

Que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, en términos de lo dispuesto por el artículo Segundo, del Decreto por el que se transforma la Procuraduría Social de Atención a las Víctimas de Delitos en la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de enero de 2014, es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, no sectorizados, con personalidad jurídica y patrimonio propio, así como autonomía técnica y de gestión, la cual, de conformidad con el artículo 88, fracción XXVII, de la Ley General de Víctimas, tiene como una de sus funciones, adoptar las acciones necesarias para garantizar el ingreso de las víctimas al Registro Nacional de Víctimas;

Que el Registro Nacional de Víctimas, de conformidad con el artículo 96, de la Ley General de Víctimas, será una unidad administrativa de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, así como el mecanismo administrativo y técnico que soportará todo el proceso de ingreso y registro de víctimas del delito y de violaciones de derecho humano al Sistema Nacional de Atención a Víctimas, y

Que con el propósito de materializar lo previsto por los artículos 34 y 36, de la Ley General de Víctimas, por lo que hace al ámbito de aplicación del Sistema de Protección Social en Salud, se ha determinado incluir dentro del régimen no contributivo de dicho Sistema, a las personas afiliadas y por afiliarse que hayan sido reconocidas con la calidad de víctimas por autoridad competente, y que se ubiquen en los deciles V al X de la distribución del ingreso para efectos del mismo Sistema, he tenido a bien expedir el siguiente

**AVISO QUE ESTABLECE NUEVOS SUPUESTOS PARA
CONSIDERAR A FAMILIAS AFILIADAS O POR AFILIARSE AL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO**

PRIMERO.- El presente Aviso tiene por objeto incorporar dentro del régimen no contributivo del Sistema de Protección Social en Salud, a aquellas personas a quienes se les haya reconocido la calidad de víctimas, en términos del artículo 110, de la Ley General de Víctimas.

También serán consideradas dentro del régimen no contributivo, las familias de las personas a que se refiere el párrafo anterior, en términos del artículo 77 Bis 4, de la Ley General de Salud.

SEGUNDO.- Se considerarán sujetos del régimen no contributivo del Sistema de Protección Social en Salud:

- I. Las personas y sus familias a las que se refiere el numeral PRIMERO de este Aviso, afiliadas con anterioridad a la expedición del mismo, que cumpliendo con sus derechos y obligaciones respectivos, se ubiquen en los deciles V al X de la distribución de ingreso, conforme a la evaluación socioeconómica realizada en términos de los artículos 77 bis 25, de la Ley General de Salud, así como 122 y 124 a 127, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, y
- II. Las personas y sus familias a que se refiere el numeral PRIMERO de este Aviso, que en términos de las disposiciones aplicables se incorporen con posterioridad a su expedición y se ubiquen en los deciles V al X de la distribución de ingreso, en términos de la evaluación a que se refiere la fracción anterior;

TERCERO.- Para efectos de este Aviso, se afiliarán al Sistema de Protección Social en Salud, en el régimen no contributivo, a las personas y sus familias que exhiban cualquiera de los documentos siguientes:

- I. Copia, recibo o constancia de la solicitud de ingreso al Registro Nacional de Víctimas y entregado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas o sus equivalentes en las entidades federativas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 98, párrafo primero y 100, fracción X, de la Ley General de Víctimas;
- II. Oficio expedido por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y
- III. Las determinaciones comunicadas al Régimen Estatal de Protección Social en Salud por las autoridades señaladas en los artículos 101 y 110, de la misma Ley.

CUARTO.- Las familias que a la fecha de entrada en vigor del presente Aviso estuvieran afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud formando parte del régimen contributivo y se encuentren en los supuestos establecidos en el numeral SEGUNDO, continuarán con los mismos derechos y obligaciones, a excepción del pago de la cuota familiar en los pagos subsecuentes.

QUINTO.- Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, continuarán aplicando a las personas y familias a las que se refiere este Aviso, la evaluación socioeconómica que se prevé en los artículos 77 bis 25, de la Ley General de Salud, así como 122 y 124 a 127, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

SEXTO.- En el supuesto de cancelación o negativa de la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas previsto en el artículo 103, de la Ley General de Víctimas, dejará de aplicarse el régimen no contributivo a quienes se ubiquen en los deciles del V al X de la distribución de ingreso, conforme a la evaluación socioeconómica a la que se hace referencia en el numeral QUINTO, del presente Aviso.

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO.- Las familias a que se refiere el párrafo segundo del numeral PRIMERO, del presente Aviso, que se encuentren en los supuestos de suspensión de beneficios del Sistema de Protección Social en Salud, en términos de la fracción I, del artículo 77 bis 39, de la Ley General de Salud, se podrán acoger a los beneficios del presente Aviso, una vez que hayan cumplido la obligación cuya omisión hubiese originado la suspensión, a que se refiere dicho precepto.

Dado en la Ciudad de México a los veintidós días del mes de agosto de 2016.- El Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel Jaime O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.