

SECRETARIA DE SALUD

REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

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

VICENTE FOX QUESADA, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, he tenido a bien expedir el siguiente

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

TÍTULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. El presente Reglamento de orden público e interés social tiene por objeto regular el Sistema de Protección Social en Salud que se establece en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud y su aplicación es competencia de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud que cuenten con Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, en los términos de la Ley General de Salud y de los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban, y de las demás dependencias o entidades que resulten competentes.

Artículo 2. Para los efectos del presente Reglamento se estará a las definiciones previstas en la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables, así como a las siguientes:

- I. **I.** Comisión, a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud a que hace referencia el artículo 77 Bis 35 de la Ley;
- II. **II.** Consejo, al Consejo Nacional de Protección Social en Salud a que hace referencia el Capítulo VIII del Título Tercero Bis de la Ley;
- III. **III.** Ley, a la Ley General de Salud;
- IV. **IV.** Lineamientos, a aquellas disposiciones de carácter general que emita la Secretaría o la Comisión, por acuerdo del Secretario de Salud, y que deberán ser publicadas en el **Diario Oficial de la Federación**;
- V. **V.** Padrón, a la relación de familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud y sus asimilados;
- VI. **VI.** Regímenes Estatales, a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud a que se refiere el artículo 77 Bis 2 de la Ley;
- VII. **VII.** Reglamento, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud;
- VIII. **VIII.** Secretaría, a la Secretaría de Salud;
- IX. **IX.** Servicios Estatales de Salud, a las dependencias y entidades de los gobiernos de las entidades federativas, independientemente de la forma jurídica que adopten, que tengan por objeto la rectoría y la prestación de servicios de salud, ya sea que estas funciones se ejerzan de manera consolidada o bien, se provean de manera independiente por diversas dependencias u organismos públicos de los gobiernos de las entidades federativas, y
- X. **X.** Sistema, al Sistema de Protección Social en Salud a que se refiere el artículo 77 Bis 2 de la Ley.

Artículo 3. Para los efectos de este Reglamento, se concibe a los Regímenes Estatales como las estructuras administrativas, dependientes de los Servicios Estatales de Salud, encargadas de garantizar las acciones de protección social en salud mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona en el Sistema, las cuales deberán realizar su actividad de manera independiente de la provisión de servicios de salud.

Los Regímenes Estatales cubrirán a las familias beneficiarias que residan en la circunscripción territorial de cada entidad federativa y tendrán como funciones primordiales la promoción para la incorporación de

familias al Sistema; la afiliación y verificación de la vigencia y tutela de derechos de los beneficiarios; la administración de los recursos financieros establecidos por la Ley para las entidades federativas, con excepción de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, que serán administrados directamente por los Servicios Estatales de Salud; la verificación de que los prestadores de servicios cumplan con los requisitos que establece la Ley; la gestión de pago a dichos prestadores, así como la rendición de cuentas.

TÍTULO SEGUNDO DE LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA

CAPÍTULO I DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Artículo 4. El Sistema cubrirá los servicios de salud a la comunidad conforme al artículo 77 Bis 20 de la Ley; así como las acciones en materia de protección social en salud que se realizan mediante la prestación de servicios de salud a la persona, conforme al artículo 77 Bis 1 de la Ley.

Artículo 5. El conjunto de actividades y servicios realizados por los Servicios Estatales de Salud que forman parte del ejercicio a nivel estatal de las funciones de rectoría y prestación de servicios de salud pública y que serán cubiertos por el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad al que se refiere el Artículo 77 Bis 20 de la Ley deberán estar vinculados con al menos uno de los siguientes atributos y tipos de actividades:

A. Atributos generales:

- I. Ser de cobertura nacional, es decir, provistos independientemente de la condición de aseguramiento en salud de la población beneficiaria;
- II. Ser servicios que se otorgan de manera gratuita para la población en el momento de su utilización;
- III. Ser acciones de impacto colectivo, que pueden prestarse simultáneamente a todos los miembros de la comunidad o a un grupo de población específica;
- IV. Ser servicios que deben proporcionarse independientemente de la existencia de una demanda explícita para los mismos,
- V. Prestar el servicio para una persona no reduce la cantidad de recursos disponible para otros miembros de la población.

B. Tipo de actividades de rectoría:

- I. Emisión y supervisión de marcos normativos y de regulación sanitaria de los productos, procesos, métodos, instalaciones, servicios y actividades que tienen un impacto sobre la salud, según las competencias y atribuciones de las entidades federativas;
- II. Definición y conducción de políticas de salud, así como la generación y operación de los sistemas de información y evaluación;
- III. Promoción de la investigación en materia de servicios de salud pública, y
- IV. Identificación, análisis y evaluación de riesgos sanitarios.

C. Tipos de actividades comprendidas en la prestación de servicios de salud pública:

- I. Acciones que implican la participación comunitaria y mediante las cuales se evitan o se reducen riesgos para la salud de la población, y promueven el autocuidado de la salud y estilos de vida saludable de manera generalizada;
- II. Actividades encaminadas a prevenir o contrarrestar los riesgos para la salud de la población en el territorio nacional que se derivan de actividades realizadas por agentes dentro y fuera del sector salud o de eventos no predecibles, coadyuvando a salvaguardar la seguridad nacional;
- III. Acciones efectuadas sobre la persona, que implican una reducción de riesgos a la comunidad;
- IV. Actividades de tamizaje;
- V. Actividades que forman parte de la vigilancia epidemiológica;
- VI. Acciones de atención a la comunidad en caso de desastres o urgencias epidemiológicas;

VII. Actividades que permiten proteger contra riesgos sanitarios, que implican el control y fomento sanitario de procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades, así como la emisión, prórroga o revocación de autorizaciones sanitarias que sean competencia o atribución de la entidad, y

VIII. Actividades de control analítico y constatación del cumplimiento de la normatividad.

La Secretaría determinará las actividades y servicios que cumplan con lo anterior y que serán financiados mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad.

Artículo 6. El financiamiento de los servicios de salud a la comunidad se realizará de conformidad con lo dispuesto por el artículo 77 Bis 20 de la Ley y de acuerdo con lo especificado en los artículos 88 a 94 del presente Reglamento.

Artículo 7. Para los efectos de este Reglamento, los servicios de salud a la persona se componen de los servicios esenciales y aquellos servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos definidos por el artículo 77 Bis 29 de la Ley.

Artículo 8. La Comisión fijará la secuencia y alcances de cada intervención comprendida en los servicios esenciales que se provea en el Sistema, de manera prioritaria y progresiva para satisfacer de manera integral las necesidades de salud de las familias beneficiarias.

El financiamiento de los servicios esenciales de salud del Sistema se realizará de conformidad con lo establecido en los artículos 76 a 87 del presente Reglamento.

Artículo 9. Para la determinación de los servicios esenciales del Sistema, la Comisión seleccionará las intervenciones respectivas, por tipo de establecimiento para la atención médica, de manera que progresivamente se incrementen. Para dar cumplimiento al artículo 77 Bis 1 de la Ley, la secuencia y alcances de cada intervención deberá establecerse con base en los siguientes criterios:

- I.** Incluir las acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, así como las correspondientes a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, vinculadas con las necesidades de salud derivadas del perfil epidemiológico del país;
- II.** Considerar la sustentabilidad financiera del Sistema;
- III.** Tomar en cuenta las necesidades de salud recurrentemente solicitadas en los servicios públicos de salud disponibles;
- IV.** Prever la secuencia y el nivel de atención médica de los servicios, según la capacidad resolutive de las instalaciones médicas y las necesidades de atención individuales;
- V.** Establecer las intervenciones cubiertas, a manera de catálogo;
- VI.** Contemplar los medicamentos asociados a los tratamientos, los cuales deberán estar incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud, deberán ser prescritos por el médico conforme a lo establecido en los protocolos o guías clínico-terapéuticas que se apliquen para cada intervención, y sujetando la dotación de medicamentos a lo señalado en la receta;
- VII.** Tomar como principios fundamentales la equidad y la justicia distributiva, y
- VIII.** Promover un trato digno y respetuoso.

Para facilitar que el proceso de priorización se realice atendiendo a criterios de aceptabilidad social, la Comisión promoverá la participación e incorporará las opiniones de los profesionales del Sistema Nacional de Salud y establecerá mecanismos que permitan la participación de la población beneficiaria en el diseño y evaluación de los servicios.

Artículo 10. De manera adicional a la prestación de servicios esenciales de salud, los Regímenes Estatales podrán establecer conjuntos complementarios de servicios considerando elementos de carácter epidemiológico, necesidades específicas de grupos poblacionales, factores de acceso geográfico y condiciones climatológicas, factores culturales u otros aspectos que ameriten ajustes a las condiciones y la problemática local de salud. El financiamiento de dichos servicios correrá a cargo de los gobiernos de las entidades federativas en conformidad con el artículo 77 Bis 14 de la Ley. Los términos bajo los cuales se especificará la inclusión de estos servicios se establecerán en su caso, en los acuerdos de coordinación correspondientes.

Artículo 11. El financiamiento de los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se realizará de conformidad con lo establecido en el artículo 77 Bis 17 de la Ley y los artículos 95 a 106 del presente Reglamento.

CAPÍTULO II

DE LOS PRESTADORES DE LOS SERVICIOS

SECCIÓN PRIMERA

GENERALIDADES

Artículo 12. La prestación de los servicios de salud a la comunidad será responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud, con apego a lo que señalen las disposiciones jurídicas aplicables y la Secretaría.

Artículo 13. Los Regímenes Estatales garantizarán la prestación de los servicios de salud a la persona de forma directa a través de los establecimientos para la atención médica de los Servicios Estatales de Salud o de forma indirecta a través de los establecimientos para la atención médica de otras entidades federativas o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 14. La prestación indirecta de los servicios de salud a la persona entre Regímenes Estatales se realizará por medio de los sistemas de referencia y contrarreferencia que se establezcan de conformidad con los mecanismos o sistemas de colaboración interestatal del Sistema que para el efecto se establezcan.

Artículo 15. De conformidad con el artículo 77 Bis 5, A, fracciones V, XII y XVI de la Ley, la Secretaría establecerá el modelo de acuerdos de coordinación y de colaboración interestatal del Sistema en el que se especificarán las condiciones para la ejecución de un mecanismo de compensación económica por los servicios prestados entre entidades federativas.

Para tales efectos, la Secretaría promoverá el desarrollo de sistemas de medición de costos que favorezcan la adecuada compensación económica entre entidades federativas.

Artículo 16. Para garantizar la prestación de los servicios de salud a la persona del Sistema, los Regímenes Estatales podrán brindarlos indirectamente a sus beneficiarios por medio de las instituciones y los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud. Dicha prestación indirecta se realizará bajo los términos de los convenios de colaboración interinstitucional que al efecto se suscriban y en los cuales se incluirán las bases para la compensación económica.

Para los efectos del presente artículo, la Secretaría proveerá el modelo de convenio de colaboración interinstitucional para la prestación indirecta de servicios de salud a la persona a los beneficiarios del Sistema.

Artículo 17. Los Servicios Estatales de Salud podrán establecer convenios de colaboración con municipios, para su participación en el Sistema. Los convenios, sin perjuicio de la normatividad estatal aplicable, determinarán como mínimo las áreas de colaboración, las aportaciones económicas estatales y municipales, y los mecanismos de participación de las autoridades municipales en el Régimen Estatal.

Artículo 18. Para garantizar el carácter integral de los servicios, los Regímenes Estatales considerarán los establecimientos para la atención médica en términos de redes de servicios. Las redes de servicios deberán garantizar la continuidad de cuidados, el máximo nivel de resolución en atención primaria, la provisión de medicamentos, la especialización de los profesionales de la salud y constituirse sobre referencias poblacionales y geográficas.

Artículo 19. Como parte sustancial de los beneficios del Sistema, la Comisión, en coordinación con los Regímenes Estatales, promoverá una política de medicamentos tendiente a reducir los costos de adquisición, favorecer sistemas eficientes de abasto y reposición de medicamentos y el uso racional de los mismos en la prescripción y consumo en los establecimientos para la atención médica del Sistema. A tal efecto, los Regímenes Estatales y los establecimientos para la atención médica del Sistema celebrarán los convenios de gestión oportunos e implantarán programas de capacitación al personal.

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

Artículo 21. Con objeto de fortalecer a los establecimientos para la atención médica de los Servicios Estatales de Salud y establecer criterios homogéneos y transparentes en la atención de los beneficiarios del Sistema, las relaciones entre los Regímenes Estatales y los establecimientos para la atención médica acreditados se formalizarán mediante convenios de gestión, que bajo la forma de acuerdo interno, precisen la cobertura de afiliados, condiciones de calidad, la tutela de los derechos de los usuarios, la asignación de recursos o reposición de fondos para la atención a los beneficiarios del Sistema, y los criterios de evaluación y seguimiento de sus actividades.

Artículo 22. Los Regímenes Estatales podrán celebrar convenios para la utilización de infraestructura médica con los establecimientos para la atención médica de otros Regímenes Estatales o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud cuando así lo requieran, conforme a la legislación aplicable. Dichos convenios sólo podrán ser suscritos con los establecimientos para la atención médica convenientemente acreditados en los términos a que se refiere el artículo 77 bis 9 de la Ley.

SECCIÓN SEGUNDA DE LA ACREDITACIÓN DE CAPACIDAD, SEGURIDAD Y CALIDAD

Artículo 23. Para brindar certidumbre respecto a la capacidad, seguridad y calidad en la prestación de los servicios del Sistema, los establecimientos para la atención de servicios esenciales, requerirán de la acreditación correspondiente en los términos del artículo 77 Bis 9 de la Ley. Así mismo, los prestadores de los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos requerirán de la certificación establecida en el artículo 77 Bis 30 de la Ley. Lo anterior, sin menoscabo del cumplimiento de otras disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables en la materia.

Artículo 24. Para los efectos del artículo anterior, los prestadores de servicios esenciales y de los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos deberán sujetarse a los requerimientos definidos por la Secretaría en los términos de la Ley, de este Reglamento y de los lineamientos correspondientes para la acreditación y certificación de su calidad, sin menoscabo del cumplimiento de otras disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables en la materia.

Artículo 25. La acreditación se documentará mediante el dictamen correspondiente y constituirá un requisito previo para que los prestadores de servicios sean incorporados al Régimen Estatal. Mediante la acreditación se busca minimizar los riesgos a la salud por condiciones inseguras en la operación de los mismos, así como corroborar condiciones fundamentales de gestión y resultados de calidad.

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

Artículo 27. Para que un establecimiento de atención a la salud sea incorporado como prestador del Sistema, deberá contar con el dictamen de acreditación que emita la Secretaría, como consecuencia de la aplicación del proceso de evaluación que se establezca en el manual a que se refiere el artículo anterior.

Artículo 28. La Comisión tendrá la capacidad de verificar el alcance en los programas de acreditación y revisará anualmente el cumplimiento de las condiciones en materia de acreditación en las que se encuentren los establecimientos incorporados al Sistema.

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

- I. Prestación de servicios para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, conforme a la normatividad y lineamientos técnicos vigentes en la materia;
- II. Operación y promoción del Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, con base en los Decretos Presidenciales publicados en el **Diario Oficial de la Federación** del 24 de diciembre del 2002 y del 28 de febrero del 2003;
- III. Impulso progresivo a la certificación de competencias profesionales del personal;
- IV. Condiciones para la permanencia en el Sistema de un prestador de servicios;
- V. Requerimientos para los establecimientos que complementariamente desarrollen procesos de formación y actualización médica, y
- VI. Procedimiento en caso de resultados desfavorables.

Artículo 29. En caso de que el resultado de la evaluación genere un dictamen no favorable o condicionado, el establecimiento para la atención médica será informado acerca de los criterios no cumplidos a efecto de que éstos sean resueltos por la instancia correspondiente y pueda solicitar una nueva evaluación en el momento en que pueda cumplir las condiciones de capacidad, seguridad y calidad establecidas como mínimas, con la condición de elaborar y aplicar un plan de contingencia avalado por el titular de los Servicios Estatales de Salud.

Artículo 30. De conformidad con el Artículo 77 Bis 38 de la Ley, los beneficiarios deberán participar en el autocuidado de su salud, por lo cual al incorporarse al Sistema recibirán la Cartilla Nacional de Salud que

les corresponda, de acuerdo con su edad y sexo, misma que deberán presentar en toda atención de salud que soliciten.

En el caso de la atención de urgencias, la falta de presentación de la Cartilla Nacional de Salud no podrá ser motivo para negar la atención médica.

SECCIÓN TERCERA DEL PLAN MAESTRO DE INFRAESTRUCTURA

Artículo 31. El Plan Maestro de Infraestructura es el instrumento rector al que se sujetarán los Servicios Estatales de Salud en los términos de los artículos 77 Bis 10 y 77 Bis 30 de la Ley, con el fin de racionalizar la inversión pública en infraestructura y garantizar la operación sustentable, así como definir las características de los centros regionales de alta especialidad.

Artículo 32. Es responsabilidad de la Secretaría, observando las disposiciones aplicables, con la colaboración de los Servicios Estatales de Salud, la elaboración del Plan Maestro de Infraestructura, que será presentado a la consideración del Consejo y será aprobado por el Secretario de Salud y en el cual se deberá contemplar un diagnóstico de la infraestructura existente con base en la información que proporcionen para el efecto las entidades federativas.

Artículo 33. En la elaboración del Plan Maestro de Infraestructura, deberán considerarse, al menos, las necesidades de salud de la población, las características socioculturales, demográficas, epidemiológicas, información sobre accesibilidad y utilización de servicios, así como los criterios que para el Modelo Integrado de Atención a la Salud defina la Secretaría.

Artículo 34. El Plan Maestro de Infraestructura deberá considerar un panorama de diez años y en su contenido se deberá especificar lo relativo a la remodelación, equipamiento de alta tecnología y obra nueva en infraestructura física para la prestación directa, a través de los establecimientos públicos para la atención médica del Sistema.

Los establecimientos para la atención médica a que hace referencia el presente artículo que no se encuentren en el Plan Maestro de Infraestructura no podrán participar como prestadores de servicios del Sistema y por ende, no podrán recibir financiamiento del mismo.

Artículo 35. El acceso a los recursos para infraestructura de la previsión presupuestal descrita en el artículo 77 Bis 18 de la Ley y en los artículos 111 y 112 del presente Reglamento requerirá obligatoriamente el cumplimiento de las disposiciones establecidas para el Plan Maestro de Infraestructura, de conformidad con el presente Capítulo.

Artículo 36. Cada entidad federativa deberá suministrar a la Secretaría en el tiempo y forma que ésta determine, a través del Sistema Nacional de Información para la Salud, la información necesaria para mantener en vigor el Plan Maestro de Infraestructura y para la realización de ajustes y conciliaciones con respecto a posibles diferencias en la información.

Artículo 37. La planeación de nuevos establecimientos para la atención médica y la adquisición de nuevas tecnologías, para su inclusión en el Plan Maestro de Infraestructura, deberá sustentarse en el certificado de necesidad que será expedido por la Secretaría, en los términos que para el efecto establezca, tomando en consideración los siguientes parámetros:

- XI. I.** Proyecciones demográficas y epidemiológicas de la población;
- XII. II.** Comparación del costo-efectividad de los proyectos alternativos existentes;
- XIII. III.** Relación de la oferta existente;
- XIV. IV.** Necesidades especiales de las familias beneficiarias;
- XV. V.** Comparación de las tendencias de utilización u ocupación de los otros prestadores de servicios en el área;
- XVI. VI.** Disponibilidad de recursos financieros;
- XVII. VII.** El flujo de liquidez proyectado que debe asegurar la viabilidad financiera;
- XVIII. VIII.** Aspectos ambientales y culturales relacionados con el proceso de atención, y
- XIX. IX.** Características arquitectónicas y de operatividad relacionadas con las costumbres, el clima y las condiciones geográficas.

Artículo 38. En la aprobación para la construcción de nuevos establecimientos para la atención médica dentro del Sistema, se dará prioridad a aquellas regiones en donde los indicadores de recursos físicos y humanos se encuentren por debajo de lo que se estima necesario dadas las necesidades de salud de la población.

Los aspectos tecnológicos del equipamiento de los establecimientos para la atención médica participantes en el Sistema, se sujetarán a los lineamientos que para el efecto emita la Secretaría, en apego al Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico elaborado por el Consejo de Salubridad General, procurando la adquisición y utilización de equipos con garantía de mantenimiento preventivo y correctivo en el nivel local.

Artículo 39. La Secretaría dispondrá lo necesario para que el Plan Maestro de Infraestructura sea congruente con el plan estratégico de desarrollo del Sistema y el programa de expansión de la cobertura en el ámbito de cada entidad federativa y región del Sistema.

**TÍTULO TERCERO
DE LA INCORPORACIÓN DE BENEFICIARIOS
CAPÍTULO I
GENERALIDADES**

Artículo 40. Para la incorporación de beneficiarios al Sistema se requerirá de una solicitud que realice por sí el interesado, una colectividad o bien, alguna institución gubernamental, previo cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 77 Bis 7 y 77 Bis 8 de la Ley.

Al ser incorporados al Sistema, los beneficiarios tendrán los derechos que derivan del Título Tercero Bis de la Ley, y deberán cumplir con las obligaciones y demás disposiciones establecidas en el presente Título.

**CAPÍTULO II
DE LOS REQUISITOS Y EL PROCESO DE INCORPORACIÓN**

Artículo 41. Con la incorporación al Sistema, los beneficiarios recibirán la Credencial Única de Beneficiario del Sistema, expedida por los Regímenes Estatales bajo los lineamientos que para el efecto emita la Comisión.

La Credencial Única de Beneficiario del Sistema servirá para identificar al beneficiario como afiliado al Sistema y para comprobar su vigencia de derechos y le permitirá el acceso pleno a todos los servicios cubiertos por el Sistema.

Así mismo, y como parte de la incorporación al Sistema, previa asignación a un centro de salud, así como a un médico de familia, cada uno de los beneficiarios recibirá la Cartilla Nacional de Salud a que se refiere el artículo 30 de este Reglamento.

Artículo 42. La acreditación de los requisitos que se establecen en el artículo 77 Bis 7 de la Ley para los efectos de la incorporación de familias al Sistema buscará otorgar la mayor flexibilidad al solicitante, privilegiando la simple manifestación de los interesados, presumiéndose la buena fe.

En particular, de manera no limitativa, quienes pretendan incorporarse al Sistema, podrán acreditar el cumplimiento de dichos requisitos en los términos siguientes:

- XX. I.** La residencia podrá demostrarse mediante la presentación de por lo menos un comprobante de domicilio;
- XXI. II.** La no derechohabencia a instituciones de seguridad social se acreditará con la mera manifestación del solicitante;
- XXII. III.** En caso de que los solicitantes no cuenten con la Clave Única de Registro de Población, se solicitará el acta de nacimiento como documento temporal y con el propósito de que los Regímenes Estatales apoyen la gestión ante las autoridades correspondientes para que otorguen las facilidades necesarias para su obtención;
- XXIII. IV.** Si tampoco se cuenta con acta de nacimiento, se podrá proceder conforme a los acuerdos que los gobiernos estatales establezcan con las autoridades del Registro Civil o del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral para la Familia para resolver esta situación, aceptándose la credencial de elector o carta de autoridad local como medio de identificación, en tanto se logra un registro oficial;
- XXIV. V.** En lo relativo a cubrir las cuotas familiares correspondientes, se deberá proporcionar la información necesaria para la aplicación del instrumento de evaluación socioeconómica a que se refiere el artículo 125 de este Reglamento, y
- XXV. VI.** Para acreditar el pago de las cuotas familiares, en su caso, deberá exhibirse el recibo oficial correspondiente.

La carencia temporal de la documentación asociada a las fracciones I y III del artículo 77 Bis 7 de la Ley, no será impedimento para la incorporación de una familia o persona al Sistema.

En el caso en que los interesados en incorporarse al Sistema, no aporten la documentación comprobatoria del cumplimiento de los requisitos a que se refiere la Ley, los Regímenes Estatales, de manera provisional, podrán registrarlos hasta por un periodo de noventa días naturales; transcurrido dicho plazo sin que exista comprobación del cumplimiento de los requisitos correspondientes, se tendrá por no presentada la solicitud de incorporación.

Artículo 43. Los Regímenes Estatales serán responsables de verificar la información proporcionada por los solicitantes de la incorporación al Sistema.

CAPÍTULO III DE LA VIGENCIA DE DERECHOS

Artículo 44. El inicio de vigencia de derechos del Sistema para los beneficiarios comenzará a partir del primer día del mes calendario siguiente a la fecha de incorporación, contemplando doce meses calendario de vigencia.

La vigencia de derechos podrá ser constatada en las unidades prestadoras de servicios mediante la Credencial Única de Beneficiario del Sistema o por los instrumentos que determine la Comisión como válidos para tales efectos y que formen parte del proceso de incorporación al Sistema.

Artículo 45. Al término de la vigencia de la afiliación, la familia tendrá sesenta días naturales para renovar su incorporación al Sistema. En caso contrario, la suspensión temporal que sobrevenga terminará en el momento en que se regularice la situación de pago por parte de la familia afiliada.

La falta de pago de la cuota familiar durante el periodo de vigencia anual ocasionada por el fallecimiento del jefe de familia durante el mismo periodo, no podrá ser causa para la suspensión de beneficios para los miembros restantes de la misma durante el tiempo restante de la vigencia de derechos. Concluida la vigencia, se requerirá que la familia realice una nueva incorporación en los términos del párrafo anterior.

Artículo 46. La Comisión determinará la procedencia y aplicación de los supuestos de cancelación de los beneficios del Sistema a que se refiere el artículo 77 Bis 40 de la Ley.

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

Artículo 47. Los beneficiarios del Sistema cuyos derechos hayan sido suspendidos y una vez que haya concluido el plazo de conformidad con el artículo 77 Bis 41 de la Ley, continuarán con la posibilidad de acceder a los servicios de salud disponibles en los términos y condiciones que establece la propia Ley.

Las personas a que se refiere el párrafo anterior podrán solicitar nuevamente su incorporación al Sistema dentro de los calendarios que anualmente fije la Comisión y siempre y cuando las causales por las cuales se determinó la suspensión temporal de los derechos para ser beneficiarios del Sistema hayan desaparecido.

Artículo 48. La Comisión, con base en los principios que establecen los artículos 77 Bis 39, 77 Bis 40 y el Título Décimo Octavo de la Ley, así como en lo previsto en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, procederá a la suspensión o cancelación de beneficios.

CAPÍTULO IV DEL PADRÓN DE BENEFICIARIOS

Artículo 49. El Padrón estará integrado con la información contenida en los padrones de los Regímenes Estatales que componen el Sistema, validados e integrados de acuerdo con los lineamientos emitidos al efecto por la Comisión y de conformidad con lo establecido en el artículo 77 Bis 5 inciso A, fracción X de la Ley.

Artículo 50. El Padrón será de tipo nominal y deberá contener, al menos, los siguientes elementos: nombre, apellido paterno, apellido materno, fecha de nacimiento, sexo, Clave Única del Registro de Población, domicilio actual, incluyendo localidad, municipio y entidad, posición en el hogar, clave única de identificación por familia asignada por la Comisión, vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y el establecimiento para la atención médica de adscripción.

Artículo 51. El Padrón estará sujeto a las normas de confidencialidad en los términos de lo previsto en los artículos 18, 20 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los artículos 5 y 38 de la Ley de Información Estadística y Geográfica, para lo cual la Comisión establecerá los mecanismos para su conformación, actualización y consulta.

Artículo 52. Para asegurar el cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 77 Bis 3, 77 Bis 5, apartado A, fracción XI y 77 Bis 7, fracción II de la Ley, la Comisión solicitará anualmente al Consejo de Salubridad General, conforme lo acuerden, la realización del cotejo del Padrón contra los padrones de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica.

El Consejo de Salubridad General turnará el dictamen de cotejo a la Comisión para que ésta proceda a la cancelación de los beneficios del Sistema de las familias que se encuentren registradas en alguno de los padrones de las instituciones de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica.

Artículo 53. La Comisión tendrá la facultad de ordenar 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 este Reglamento y en los lineamientos aplicables en la materia.

CAPÍTULO V DE LA TUTELA DE LOS DERECHOS DE LOS BENEFICIARIOS

Artículo 54. Los Regímenes Estatales divulgarán entre los afiliados al Sistema sus derechos y obligaciones. Para facilitar la aplicación efectiva de los derechos, los Regímenes Estatales impulsarán la creación de unidades de atención al beneficiario encargadas de la tutela de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

Artículo 55. Los establecimientos para la atención médica del Sistema, los Regímenes Estatales y, en su caso, la Comisión, responderán, canalizarán y darán seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias que los beneficiarios presenten en relación con la prestación de servicios y los derechos a que se refiere el artículo 77 bis 37 de la Ley.

Artículo 56. Las preguntas, quejas y sugerencias, presentadas por cualquier medio, serán analizadas en primera instancia por los establecimientos para la atención médica, atendiendo a los principios de celeridad en la respuesta a todas las solicitudes, adoptando la forma escrita cuando así se formulen. Los Regímenes Estatales validarán periódicamente la calidad de las respuestas y el impacto de éstas en la mejora de la calidad de los servicios de atención a la salud.

Cada instancia deberá establecer mecanismos para determinar la procedencia o improcedencia de las preguntas, quejas y sugerencias presentadas por los beneficiarios, y cuyos plazos de respuesta no deberán exceder tres meses.

Artículo 57. Conforme a los criterios generales que al respecto determine la Comisión, los Regímenes Estatales evaluarán periódicamente la opinión de los beneficiarios, con mención expresa a la aplicación de los derechos a que se refiere el artículo 77 bis 37 de la Ley. La información sobre la satisfacción de los afiliados deberá informarse a la Comisión, de conformidad con los lineamientos que para el efecto se establezcan.

Artículo 58. La Secretaría, a través de la Comisión, contará con un centro de atención telefónica que proporcione orientación a los beneficiarios para facilitar el acceso a los servicios de salud y recibir las preguntas, quejas y sugerencias que presenten tanto de la prestación médica como administrativa, en el ejercicio de sus derechos.

El centro de atención telefónica estará orientado principalmente para recibir las quejas que deriven del incumplimiento sobre los derechos de los beneficiarios, así como cualquier incumplimiento del proceso administrativo de afiliación; de igual manera, servirá para retroalimentar a los Regímenes Estatales para generar acciones correctivas y preventivas que se requieran para la adecuada marcha del Sistema.

Artículo 59. El centro de atención telefónica recibirá, canalizará y dará seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias que presenten los beneficiarios, para lo cual los Servicios Estatales de Salud establecerán mecanismos para la recepción de las mismas, además de proporcionar la información necesaria para su atención oportuna y eficaz.

Por su parte, la Secretaría canalizará y dará seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias que reciba en su propio centro de atención telefónica sobre la calidad de los servicios que otorgue el Sistema e informará de manera periódica, por conducto de la Comisión, a los integrantes del Sistema sobre las preguntas, quejas y sugerencias que sobre la calidad de los servicios de salud presenten los beneficiarios, con el propósito de que sean atendidas de manera efectiva y oportuna.

Además de la atención telefónica, los beneficiarios tendrán en todo momento la posibilidad de presentar sus preguntas, quejas y sugerencias en forma escrita o de manera directa en los establecimientos para la atención médica o las unidades administrativas del Sistema, debiendo otorgárseles un trato adecuado y una atención oportuna a sus requerimientos, para lo cual los Servicios Estatales de Salud establecerán los mecanismos necesarios para su recepción, seguimiento y pronta respuesta.

Artículo 60. Los integrantes del Sistema que conozcan de una pregunta, queja y sugerencia, establecerán mecanismos que permitan informar a los beneficiarios sobre la atención que reciban sobre éstas, sin discriminar el medio por el cual sean recibidas.

Artículo 61. Los Servicios Estatales de Salud difundirán entre los establecimientos para la atención médica y las unidades administrativas la información necesaria para que los beneficiarios puedan presentar

sus quejas en forma sencilla y ágil, ya sea a través del centro de atención telefónica del Sistema, el propio de la Secretaría o las que sean presentadas en forma escrita o de manera directa.

Artículo 62. Para la adecuada atención a las preguntas, quejas y sugerencias que presenten los beneficiarios sobre los servicios de salud del Sistema, la Secretaría promoverá mecanismos de coordinación que faciliten su oportuna atención.

Artículo 63. Progresivamente, los Regímenes Estatales impulsarán en la red de establecimientos para la atención médica del Sistema, la integración de organizaciones de beneficiarios que se constituirán como avales ciudadanos de los resultados de calidad en lo referente al trato digno que debe proporcionarse en los centros de atención del área geográfica correspondiente. Asimismo, facilitarán las condiciones para que otras modalidades de participación ciudadana coadyuven a una adecuada prestación de los servicios.

CAPÍTULO VI DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Artículo 64. Corresponde a la Secretaría realizar la evaluación integral del Sistema, para lo cual desarrollará un subsistema de información especializado, del Sistema Nacional de Información en Salud, que se integre con la información de la operación de los Regímenes Estatales, así como del ejercicio de los recursos transferidos en los términos de los artículos 75 a 140 del presente Reglamento.

Artículo 65. La información de los Regímenes Estatales se nutrirá directamente de los Sistemas de Información en Salud de las respectivas entidades federativas. Para tal efecto, los establecimientos para la atención médica del Sistema, a través de los Servicios Estatales de Salud, deberán reportar a la Secretaría, en el tiempo y forma que ésta determine, la información correspondiente.

Artículo 66. La Secretaría estará a cargo del desarrollo, supervisión y establecimiento de las bases de operación de los diferentes subsistemas de información que cubrirán los requerimientos del Sistema en dicha materia.

Artículo 67. A efecto de mantener la homogeneidad en los criterios utilizados para la construcción de indicadores de operación asociados a los beneficiarios del Sistema, la fuente primaria de información será la contenida en el Padrón y aquella contenida en el expediente clínico por beneficiario que para el efecto se integre y sólo en el caso de que el requerimiento lo amerite, se utilizarán fuentes alternativas de información.

El expediente clínico por beneficiario será integrado en los términos que determine la normatividad vigente aplicable.

Artículo 68. La Secretaría establecerá los criterios que sean necesarios para la definición de requisitos de información que deberán cumplir los establecimientos para la atención médica del Sistema.

Artículo 69. El Sistema Nacional de Información en Salud proveerá de manera oportuna la información relacionada con el uso de los servicios de consulta externa, de servicios de urgencias y de hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría. Así mismo, se incluirá información sobre medicamentos e intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y los servicios complementarios a que se refiere el artículo 10 de este Reglamento.

Artículo 70. La terminología a emplear, las clasificaciones de enfermedades, procedimientos médicos y definiciones utilizadas en el Sistema Nacional de Información en Salud se regirán por lo establecido en las normas oficiales mexicanas que para el efecto se hayan emitido.

CAPÍTULO VII DE LA EVALUACIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA

Artículo 71. Corresponde a la Secretaría llevar a cabo los procedimientos de evaluación necesarios para la adecuada prestación de los servicios a que se refiere este Reglamento.

Artículo 72. Se entenderá por evaluación del Sistema al estudio con bases científicas, diseñado específicamente para medir y explicar en qué medida y con qué eficiencia se están alcanzando los objetivos y metas definidas en la operación del Sistema. Los resultados de la evaluación permitirán adecuar las estrategias de operación y la definición de las políticas relacionadas con el Sistema, debiendo contribuir con información para los procesos de transparencia y rendición de cuentas.

Artículo 73. La evaluación del Sistema estará a cargo de la Secretaría y se caracterizará por ser:

- XXVI. I.** Normativa, ya que establecerá métodos, criterios, procesos y acciones de evaluación homogéneos a nivel nacional;
- XXVII. II.** Dinámica, ya que se adecuará a los cambios que la misma operación del Sistema requiera, y

XXVIII. III. Participativa, al involucrar a las autoridades de salud de los distintos órdenes de gobierno, a los prestadores de servicios en el nivel aplicativo y a la población en su conjunto.

Artículo 74. En la evaluación del Sistema deberán distinguirse las actividades de supervisión y seguimiento del mismo, dado que éstas tendrán por objetivo corregir o adecuar en el momento en que se verifican, las desviaciones de las acciones previamente planteadas. Estas actividades de supervisión y seguimiento quedarán bajo la responsabilidad de la Secretaría, a través de la Comisión, y los gobiernos de las entidades federativas, a través de los Regímenes Estatales, en los ámbitos federal y estatal, respectivamente.

Artículo 75. El modelo de evaluación propio del Sistema contará con tres componentes:

XXIX. I. Financiero, que comprenderá el monitoreo de las aportaciones destinadas al Sistema procedentes tanto del Gobierno Federal como de las entidades federativas y de las familias, el seguimiento de la administración del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y la previsión presupuestal, así como la evaluación financiera y actuarial anual del Sistema, la cual deberá ser avalada mediante una auditoría externa y cuyo gasto asociado deberá sujetarse al límite que para tales efectos establezca la Secretaría de conformidad con la normatividad aplicable;

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

XXXI. III. De impacto en las condiciones de salud y seguridad financiera de las familias beneficiarias, que comprenderá la medición de los cambios en sus condiciones de salud, que deben esperarse una vez desplegadas las intervenciones que provea el Sistema, y los cambios relacionados con la protección contra gastos catastróficos por motivos de salud entre las familias beneficiarias.

TÍTULO CUARTO DEL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA

CAPÍTULO I

DE LAS APORTACIONES DE LOS GOBIERNOS FEDERAL Y DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

SECCIÓN PRIMERA GENERALIDADES

Artículo 76. Para efectos de este capítulo, se definen como aportaciones aquellas realizadas por el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas a favor del Sistema a que hacen referencia los artículos 77 Bis 12, 77 Bis 13 y 77 Bis 20 de la Ley.

Artículo 77. Las erogaciones del Gobierno Federal relacionadas con el Sistema deberán estar específicamente identificadas en el presupuesto autorizado de la Secretaría.

La Secretaría y los Regímenes Estatales, a través de la Comisión, determinarán un porcentaje o un monto máximo de los recursos del Sistema que podrán ser destinados a los gastos de administración del mismo.

La programación, presupuestación, ejercicio, control y fiscalización de los recursos federales vinculados con el Sistema estará sujeta a lo establecido en los artículos 77 bis 16 y 77 bis 32 de la Ley, en el presente Reglamento y a lo señalado por los diversos ordenamientos aplicables en la materia.

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

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

Artículo 80. Los recursos correspondientes a la cuota social y a la aportación solidaria federal se canalizarán a las entidades federativas de conformidad con la periodicidad del calendario presupuestal definido en los acuerdos de coordinación correspondientes. Dicha periodicidad no podrá ser superior a tres meses.

Para estos efectos, las entidades federativas y la Comisión establecerán una meta anual de afiliación distribuida por trimestre.

Artículo 81. Para garantizar lo establecido en el artículo 77 Bis 15 de la Ley, el Gobierno Federal enviará al principio de cada trimestre los recursos por concepto de cuota social y mensualmente los recursos por concepto de aportación solidaria federal, correspondientes a la meta de afiliación convenida para ese periodo, de conformidad con lo establecido en el artículo 80 del presente Reglamento.

La Comisión realizará al término de cada trimestre y previo al envío de recursos subsecuentes una conciliación con cada entidad federativa para contrastar la congruencia del Padrón con los recursos enviados al principio del trimestre en cuestión.

Con base en los resultados de esta conciliación, la Comisión deberá efectuar ajustes en el monto de los recursos de cuota social y aportación solidaria federal a ser transferidos a la entidad federativa en el periodo subsecuente que corresponda.

La Secretaría de conformidad con lo establecido por el segundo párrafo del artículo 77 bis 12 de la Ley, deberá suspender, en el trimestre respectivo, la transferencia de los recursos federales correspondientes a la cuota social del Gobierno Federal, cuando las entidades federativas no hayan realizado la entrega de las aportaciones solidarias a que se refiere la fracción I del artículo 77 bis 13 de la Ley, durante el trimestre anterior.

La Secretaría podrá suspender la transferencia a las entidades federativas de los recursos federales correspondientes a la aportación solidaria del Gobierno Federal, así como los correspondientes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y, en su caso, la previsión presupuestal anual, cuando las entidades federativas no entreguen la aportación solidaria a que se refiere la fracción I del artículo 77 bis 13 de la Ley, o cuando dejen de informar en tiempo y forma sobre la administración y ejercicio de los recursos provenientes de las cuotas familiares.

Artículo 82. La Secretaría proporcionará información relativa al gasto en salud federal y estatal de acuerdo a las funciones del Sistema e identificando fuentes de financiamiento. Como parte de lo anterior, los Servicios Estatales de Salud deberán reportar la información correspondiente al nivel estatal, la cual será integrada con aquella que reporten a su vez la Secretaría y la Comisión. Con el fin de mantener homogeneidad en el reporte del gasto en salud, la Secretaría proporcionará los criterios metodológicos para la integración de los reportes estatales. La periodicidad de los informes será la establecida en las disposiciones aplicables en materia de información y rendición de cuentas.

SECCIÓN SEGUNDA DE LAS APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD A LA PERSONA

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

Artículo 84. El monto correspondiente a la aportación solidaria estatal a que se refiere la fracción I del artículo 77 Bis 13 de la Ley, y mediante la cual se apoyará el financiamiento de los servicios de salud a la persona a que se refiere el artículo 7 de este Reglamento, se realizará por los gobiernos de las entidades federativas, con base en la legislación estatal correspondiente, debiendo guardar correspondencia con lo establecido en el artículo 77 de este ordenamiento. Lo anterior sin menoscabo de otras aportaciones que los gobiernos de las entidades federativas decidan efectuar como parte de su gasto en salud para el financiamiento de éstos u otros servicios de salud.

Artículo 85. La medición de la aportación solidaria estatal se llevará a cabo conforme a la metodología utilizada por la Secretaría para efectos del seguimiento del gasto en salud a través del Sistema Nacional de Información en Salud. Esta metodología será precisada en los criterios y lineamientos aplicables en la materia y deberá ser consistente con los sistemas internacionales de clasificación del gasto en salud, y garantizar la homologación conceptual y contable de las aportaciones en salud entre entidades federativas.

La Secretaría deberá publicar en el **Diario Oficial de la Federación** la metodología, los criterios y los lineamientos a que se hace referencia en el párrafo anterior.

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

Artículo 87. Para efectos de realizar la aportación solidaria por parte del Gobierno Federal mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona a que hace referencia el artículo 77 Bis 13, fracción II, de la Ley, la fórmula a utilizar será la siguiente:

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

XXXIII. II. El monto total anual de recursos federales asociados al fondo será distribuido entre las entidades federativas conforme a cada uno de los componentes señalados en la siguiente ecuación:

$$ASF_t = FASP_t = FASP_t^F + FASP_t^N + FASP_t^E + FASP_t^D \quad (1)$$

En donde:

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

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

$FASP_t^F = \alpha FASP_t =$ componente de asignación por familia beneficiaria del Sistema en el año a presupuestar t;

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

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

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

Donde $\alpha, \beta, \gamma, \phi$ son las fracciones del monto total del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona disponible en el año a presupuestar t que serán destinadas para distribuir el Fondo conforme a cada uno de los componentes señalados y que cumplen con las siguientes condiciones: $\alpha \in (0,1), \beta \in (0,1), \gamma \in (0,1), \phi \in (0,1)$ y $\alpha + \beta + \gamma + \phi = 1$;

III. La aportación solidaria federal para cada entidad federativa se definirá como la suma de las asignaciones que le correspondan como resultado de la distribución entre las entidades federativas incorporadas al Sistema de cada uno de los componentes señalados en la fracción anterior;

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

$$FASP_{i,t}^F = FASP_t^F \left(\frac{F_{i,t}}{\sum_i^n F_{i,t}} \right) \quad (2)$$

En donde:

$FASP_{i,t}^F$ = asignación por familia beneficiaria para la entidad i en el periodo a presupuestar t;

$F_{i,t}$ = número de familias beneficiarias del Sistema en la entidad i estimadas para el año a presupuestar t;

$\sum_{i=1}^n F_{i,t}$ = total de familias beneficiarias del Sistema en las entidades federativas en el año a presupuestar t;

- V. A partir del monto disponible para el componente de asignación por necesidades de salud en el año a presupuestar, la asignación correspondiente a cada entidad será proporcional a la población beneficiaria en la entidad ajustada por necesidades de salud, de conformidad con la siguiente ecuación:

$$FASP_{i,t}^N = FASP_t^N \left(\frac{N_{i,t}}{\sum_i^n N_{i,t}} \right) \quad (3)$$

En donde:

$FASP_{i,t}^N$ = asignación por necesidades de salud para la entidad i en el periodo a presupuestar t;

$N_{i,t}$ = población beneficiaria de la entidad i en el periodo a presupuestar t, ajustada por necesidades de salud;

$\sum_{i=1}^n N_{i,t}$ = total de población beneficiaria ajustada por necesidades de salud en las entidades federativas pertenecientes al Sistema, en el año a presupuestar t.

El ajuste por necesidades de salud de la población beneficiaria se efectuará con base en el conjunto de variables que se definan para medir las diferencias relativas entre entidades en las necesidades de salud de la población, identificando específicamente aquellas diferencias asociadas a la población infantil y a la población adulta. Lo anterior, conforme a la siguiente ecuación:

$$N_{i,t} = \theta m_{i,t}^I + (1 - \theta) m_{i,t}^A \quad (4)$$

En donde:

θ = proporción del ajuste por necesidades de salud vinculado a la población infantil, tal que $0 \leq \theta \leq 1$;

$(1 - \theta)$ = proporción del ajuste por necesidades de salud vinculado a la población adulta;

$m_{i,t}^I =$ población beneficiaria de la entidad i en el periodo a presupuestar t ajustada por el indicador de necesidades de salud asociadas a la población infantil;

$m_{i,t}^A =$ población beneficiaria de la entidad i en el periodo a presupuestar t ajustada por el indicador de necesidades de salud asociadas a la población adulta;

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

$$FASP_{i,t}^E = FASP_t^E \left(\frac{e_{i,t}}{\sum_i^n e_{i,t}} \right) \quad (5)$$

En donde:

$FASP_{i,t}^E =$ asignación por esfuerzo estatal para la entidad i correspondiente al periodo a presupuestar t ;

$e_{i,t} = E_{i,t-1} - E_{i,t-1}^{mín} =$ aportación adicional a considerar para la entidad i en el año a presupuestar t , tal que: $0 \leq e_{i,t} \leq E_{i,t-1}^{mín}$;

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

$E_{i,t}^{mín} =$ monto total de la aportación solidaria estatal definida conforme a la fracción I del artículo 77 Bis 13 de la Ley correspondiente a la entidad i en el año fiscal inmediato anterior y que será considerada en el cálculo de la asignación en el año a presupuestar t ;

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

Para efectos de la medición de la aportación solidaria estatal se tomará en cuenta lo establecido en los artículos 78 y 85 de este Reglamento;

- VII.** A partir del monto disponible para el componente de asignación por desempeño en el año a presupuestar, la asignación correspondiente a cada entidad federativa será proporcional al desempeño de la entidad, conforme a la siguiente ecuación:

$$FASP_{i,t}^D = FASP_t^D \left(\frac{d_{i,t}}{\sum_i^n d_{i,t}} \right) \quad (6)$$

En donde:

$FASP_{i,t}^D$ = asignación por desempeño para la entidad i en el periodo a presupuestar t;

$d_{i,t}$ = desempeño de la entidad i observado en el año fiscal inmediato anterior y que será considerado para la asignación del periodo a presupuestar t;

$\sum_i^n d_{i,t}$ = total de desempeño de las entidades federativas pertenecientes al Sistema a considerar en la asignación del año a presupuestar t.

La variable de desempeño a utilizar será definida por la Secretaría tomando en cuenta el conjunto de variables necesario para medir de manera objetiva la cobertura efectiva de los servicios, considerando las dificultades intrínsecas, la disponibilidad de recursos y los logros asociados. Con base en la información disponible se deberá tomar en cuenta el grado de heterogeneidad en el desempeño observado al interior de la entidad;

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

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

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

SECCIÓN TERCERA

DE LAS APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD

Artículo 88. Para efectos del establecimiento del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad a que se refiere el artículo 77 Bis 20 de la Ley, la Secretaría tomará en cuenta lo establecido en los artículos 4 y 5 del presente Reglamento.

Artículo 89. Como órgano auxiliar de consulta y opinión para el establecimiento de los lineamientos de integración y operación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad y para la definición de aquellos criterios vinculados a la salud pública que deberán ser considerados para la instrumentación del Sistema, en el seno del Consejo deberá integrarse una Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad, en la que participarán adicionalmente los titulares de las áreas mayores de la Secretaría a cargo de la conducción de las acciones de prevención y control de enfermedades, promoción de la salud y de los servicios de salud a la comunidad, así como el Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Titular de la Comisión.

Artículo 90. La programación y presupuestación de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad al interior de las entidades federativas deberá considerar las prioridades establecidas en el Programa Sectorial de Salud en vigor, particularmente identificando los rezagos en salud

y riesgos potenciales en salud. Estos recursos no podrán ser destinados a fines distintos a los establecidos para este Fondo.

Artículo 91. La determinación del monto anual de recursos para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad se realizará conforme a lo siguiente:

XXXIV. I. El monto de recursos disponibles para el fondo será determinado por la Secretaría con la opinión de la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad a que se refiere el artículo 89 de este Reglamento, previa aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por lo que se refiere a la congruencia con los criterios generales de política económica y la disponibilidad de recursos para el ejercicio fiscal respectivo, en correspondencia con los recursos necesarios para llevar a cabo las actividades definidas en el artículo 5 del presente Reglamento, y

XXXV. II. El monto de recursos disponibles para el fondo se incrementará anualmente conforme a la disponibilidad de recursos para el ejercicio fiscal respectivo, previa aprobación en los términos de la fracción anterior y tomando en consideración el crecimiento esperado en la población nacional determinado por las proyecciones realizadas por la dependencia designada por el Poder Ejecutivo Federal como responsable de medir y estimar el crecimiento de la población.

Artículo 92. El monto total asignado para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad durante el ejercicio fiscal t será igual al del año inmediato anterior más el incremento señalado en la fracción II del artículo 91 de este Reglamento, conforme a la siguiente ecuación:

$$FASC_t = FASC_{t-1} + \Delta FASC_{t-1} \quad (1)$$

En donde:

$FASC_t =$ Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, determinado para el año a presupuestar t ;

$FASC_{t-1} =$ Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, determinado para el año inmediato anterior a presupuestar, $t-1$;

$\Delta FASC_{t-1} =$ Incremento total en el monto de recursos autorizado para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad según la fracción II del artículo 91 del presente Reglamento, adicional al monto total de recursos disponibles para el fondo en el año inmediato anterior.

Artículo 93. La distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad entre las entidades federativas se determinará conforme al siguiente procedimiento:

I. Cada entidad federativa recibirá el monto que se le asignó como Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad durante el ejercicio fiscal del año inmediato anterior, más la participación que le corresponde del incremento al que se refiere la fracción II del artículo 91 del presente Reglamento, con base en la participación de la población total de esa entidad federativa

$FASC_{i,t}$ respecto a $FASC_{i,t-1}$ a la población total de las entidades federativas incorporadas al Sistema, multiplicada por un factor de ajuste, conforme a la siguiente fórmula:

$$\left(\frac{n_{i,t}}{\sum_{i=1}^n n_{i,t}} \right) \quad (2)$$

En donde:

$FASC_{i,t} =$ Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad que le corresponde a la entidad federativa i en el año a presupuestar t ;

$FASC_{i,t-1} =$ Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad asignado a la entidad federativa i en el año fiscal inmediato anterior, $t-1$;

$n_{i,t} =$ Población total de la entidad federativa i estimada para el año a presupuestar t ;

$\sum_{i=1}^n n_{i,t} =$ Total de la población de las entidades federativas incorporadas al Sistema estimada para el año a presupuestar t ;

$F_{i,t}$ = Factor de ajuste relativo correspondiente a la entidad federativa i en el año a presupuestar t , el cual se determina con base en un índice de riesgo sanitario estatal y un índice de eficiencia de los programas de salud pública;

$\Delta FASC_{t-1}$ = Incremento total en el monto de recursos autorizado para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad según la fracción II del artículo 91 del presente Reglamento, adicional al monto total de recursos disponibles para el fondo en el año inmediato anterior.

- II. La población total a considerar en la fórmula será aquella proyectada a mitad del año a presupuestar para cada entidad federativa, por la dependencia del Ejecutivo Federal competente responsable de medir y evaluar el crecimiento de la población;
- III. La Secretaría, con la opinión de la Comisión Permanente a que se refiere el artículo 89 de este Reglamento, definirá la metodología a utilizar para estimar el factor de ajuste relativo para la distribución del incremento autorizado en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad entre las entidades federativas incorporadas al Sistema, y
- IV. La Secretaría dará a conocer anualmente, conforme a la aprobación del presupuesto federal, la información utilizada así como la metodología bajo la cual se llevó a cabo el cálculo correspondiente para el ejercicio presupuestal.

Artículo 94. El financiamiento de las actividades y servicios considerados en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad podrá ser complementado por otras erogaciones de las entidades federativas como parte de su gasto estatal en salud. Dichas erogaciones serán consideradas como parte del gasto estatal en salud de acuerdo a los lineamientos establecidos para tal efecto por la Secretaría, pero no podrán ser contabilizadas específicamente como parte de la aportación solidaria estatal a que se refiere el artículo 77 Bis 13 de la Ley.

CAPÍTULO II DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS

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

Artículo 96. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se administrará y operará por la Comisión con base en el fideicomiso que constituya el Ejecutivo Federal para la administración de este fondo y de la previsión presupuestal anual.

Artículo 97. Los recursos referidos en el artículo 77 Bis 17 de la Ley serán canalizados por el Gobierno Federal al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, de sus aportaciones al Sistema, por medio del fideicomiso que al efecto constituya el Ejecutivo Federal, cuyo monto equivaldrá al ocho por ciento de la suma de la cuota social, de la aportación solidaria federal y de la aportación solidaria estatal. Durante el ejercicio fiscal deberán realizarse los ajustes y compensaciones necesarios de las aportaciones que correspondan tanto al Gobierno Federal como a las entidades federativas, en términos de la Ley, conforme lo determina el artículo 80 del presente Reglamento.

Para efectos de lo anterior, el Gobierno Federal entregará a las entidades federativas el monto que por concepto de cuota social les corresponda de conformidad con la Ley, una vez descontado el monto de recursos equivalente al ocho por ciento de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal que le corresponda a cada una de las entidades federativas.

Artículo 98. La Secretaría, con cargo a su presupuesto aprobado y previa autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como las entidades federativas podrán destinar recursos adicionales a los establecidos en la Ley, al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Asimismo, otras instituciones

públicas y organizaciones no gubernamentales podrán aportar recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos conforme a lo dispuesto en las reglas de operación del fideicomiso.

Las aportaciones adicionales a que se refiere este artículo, provenientes de las entidades federativas, serán consideradas para efectos de la fracción VI del artículo 87 del presente Reglamento.

Artículo 99. Las enfermedades cuyo tratamiento es de alto costo que generan gastos catastróficos para los prestadores de servicios del Sistema son aquellas que cumplen con lo establecido en el artículo 77 Bis 29 de la Ley. Para fines del presente capítulo dichas enfermedades se denominarán gastos catastróficos.

La definición de las enfermedades, los tratamientos, los medicamentos y los materiales asociados que generan gastos catastróficos será responsabilidad exclusiva del Consejo de Salubridad General, estará sujeta a revisión y actualización periódica y considerará los criterios señalados en el artículo 77 Bis 29 de la Ley, así como los siguientes criterios:

- XXXVI. I.** Efectividad y costo. Las intervenciones y los medicamentos propuestos para gastos catastróficos deben ser costo-efectivos;
- XXXVII. II.** Peso de la enfermedad. Este criterio mide las pérdidas de salud debidas tanto a mortalidad prematura como a discapacidad en sus diferentes grados. Para identificar el peso de la enfermedad asociada a los gastos catastróficos serán considerados los siguientes factores: la mortalidad por causas y por grupos de edad, la mortalidad hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, las causas de egreso hospitalario, el número de casos registrados de la enfermedad y la discapacidad producida por la enfermedad;
- XXXVIII. III.** Seguridad y eficacia. Todos los medicamentos e intervenciones propuestos para gastos catastróficos deben ser clínicamente probados. No se propondrán intervenciones o medicamentos en estudio o en proceso de investigación clínica;
- XXXIX. IV.** Aceptabilidad social. Para los gastos catastróficos se deben considerar el daño a la salud del beneficiario afectado, así como la repercusión social y familiar, especialmente cuando éstas afectan a grupos vulnerables. Los grupos vulnerables son los niños menores de cinco años, las mujeres en periodo de gestación o lactancia, los adultos mayores de sesenta y cuatro años y las personas con discapacidad;
- XL. V.** Adherencia a normas éticas profesionales. Se considerarán los antecedentes éticos-médicos de las intervenciones propuestas para tratar enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos y no se incluirá ninguna intervención que se aparte de los códigos de ética de las profesiones de la salud, y
- XLI. VI.** Evolución de la enfermedad. En la definición de los gastos catastróficos, se deberán identificar las fases o etapas en que pueden encontrarse las enfermedades, así como los eventos que pueden producir altos costos en su atención.

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

Artículo 101. Para la operación del Sistema, los gastos catastróficos que estén cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos quedarán señalados específicamente por la Comisión en un listado independiente del listado de servicios esenciales de salud y con base en los gastos catastróficos definidos por el Consejo de Salubridad General. Dicho listado se presentará como Catálogo de intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y de cada una de ellas deberán señalarse sus efectos derivados, las intervenciones que serán cubiertas, así como los medicamentos y materiales asociados con dichas intervenciones.

Artículo 102. Los medicamentos y materiales asociados a gastos catastróficos considerarán lo establecido en el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y el Catálogo de Insumos

para el segundo y tercer nivel, establecidos conforme al artículo 28 de la Ley. Lo anterior de ninguna manera limitará la consideración de otros medicamentos o materiales que el Consejo de Salubridad General juzgue indispensables para la atención de algún gasto catastrófico.

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

Artículo 104. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos cubrirá los gastos generados exclusivamente por los beneficiarios del Sistema, conforme a las tarifas que al respecto establezca la Comisión en vinculación con las guías clínico-terapéuticas señaladas en el artículo 103 de este Reglamento a los prestadores de servicios autorizados incorporados al Sistema, conforme a las reglas de operación del fideicomiso.

Artículo 105. Con el fin de garantizar la operación, la Comisión podrá adoptar recomendaciones en relación con el desarrollo de acciones preventivas y otras disposiciones que fomenten la atención oportuna de los gastos catastróficos a que se refiere este Capítulo en sus etapas tempranas.

Artículo 106. Solamente aquellos establecimientos para la atención médica que cumplan con lo estipulado en el artículo 24 del presente Reglamento podrán ser consideradas para fungir como prestadores de los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Así mismo, cuando se trate de unidades vinculadas con el Plan Maestro de Infraestructura, se cumplirá con lo establecido en los artículos 31 a 39 del presente Reglamento.

CAPÍTULO III DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL ANUAL

SECCIÓN PRIMERA GENERALIDADES

Artículo 107. La previsión presupuestal anual referida en el artículo 77 Bis 18 de la Ley es un fondo con límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento para la atención de las necesidades de infraestructura en entidades federativas con mayor marginación social, para diferencias imprevistas en la demanda de servicios y para la garantía de pago interestatal de servicios.

Artículo 108. La previsión presupuestal anual se administrará y operará por la Comisión a través del fideicomiso que constituya el Ejecutivo Federal para la administración de esta previsión presupuestal y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Artículo 109. Los recursos referidos en el artículo 77 Bis 18 de la Ley serán canalizados por el Gobierno Federal, de sus aportaciones al Sistema, al fideicomiso que al efecto constituya el Ejecutivo Federal. Durante el ejercicio fiscal deberán realizarse los ajustes y compensaciones necesarios de las aportaciones que correspondan tanto al Gobierno Federal como a las entidades federativas, conforme lo determina el artículo 80 del presente Reglamento.

Para efectos de lo anterior, el Gobierno Federal entregará a las entidades federativas el monto que por concepto de cuota social les corresponda de conformidad con la Ley, una vez descontado el monto de recursos equivalente al tres por ciento de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal que le corresponda a cada una de las entidades federativas.

Artículo 110. Los términos bajo los cuales los recursos sin ejercer al cierre del año fiscal correspondientes a cualquiera de los tres rubros contenidos en la previsión presupuestal anual serán transferidos anualmente al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos conforme al artículo 77 Bis 18 de la Ley, seguirán lo establecido en las reglas de operación del fideicomiso.

SECCIÓN SEGUNDA NECESIDADES DE INFRAESTRUCTURA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES BÁSICAS

Artículo 111. La definición de las necesidades de infraestructura de atención primaria y especialidades básicas en las entidades federativas con áreas de mayor marginación social se supeditará a lo establecido en los artículos 31 a 39 del presente Reglamento.

Artículo 112. La transferencia referida en el artículo 77 Bis 18 de la Ley para cubrir necesidades de infraestructura de atención primaria y especialidades básicas en las entidades federativas con mayor marginación social se aplicará siguiendo las reglas de operación del fideicomiso.

Para la identificación de las entidades federativas con mayor marginación social se aplicarán los criterios metodológicos que la Secretaría emita al respecto y publique en el **Diario Oficial de la Federación**. Dichos criterios considerarán la discrepancia entre las necesidades de salud y la capacidad instalada de atención en cada entidad federativa.

SECCIÓN TERCERA DIFERENCIAS IMPREVISTAS EN LA DEMANDA DE SERVICIOS

Artículo 113. Las diferencias imprevistas en la demanda de servicios se relacionan con los gastos que rebasan la capacidad de respuesta financiera que un Régimen Estatal tiene para atender a los beneficiarios del Sistema bajo condiciones normales de operación.

La capacidad de respuesta financiera de un Régimen Estatal a que se refiere este artículo, está determinada por los recursos que le corresponden, conforme a lo establecido en la Ley, para la prestación de servicios esenciales del Sistema.

Artículo 114. Los servicios esenciales que estarán cubiertos bajo el concepto de diferencias imprevistas en la demanda de servicios serán aquellos que se brinden a los beneficiarios del Sistema en las unidades médicas incorporadas al Sistema. Los recursos que se transfieran a las entidades por este concepto no serán restituidos a la previsión presupuestal por ninguna otra fuente de ingresos.

Artículo 115. Para evitar la duplicidad en el pago de servicios brindados, los servicios cubiertos por el concepto de diferencias imprevistas en la demanda de servicios excluyen a los servicios que estén cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos o por los servicios de salud a la comunidad.

Artículo 116. La aplicación de los recursos referidos en el artículo 77 Bis 18 de la Ley para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios seguirá lo dispuesto en las reglas de operación del fideicomiso, previa solicitud de la entidad federativa afectada y sujeto a la disponibilidad de recursos en la previsión presupuestal.

Artículo 117. En la aplicación de recursos económicos, los relativos a atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios, tendrán precedencia sobre los relativos a garantía de pago interestatal de servicios.

SECCIÓN CUARTA GARANTÍA DE PAGO INTERESTATAL DE SERVICIOS

Artículo 118. La garantía de pago es un mecanismo que apoya la compensación económica por incumplimiento de las condiciones de pago establecidas en los convenios de colaboración interestatal del Sistema.

Artículo 119. La garantía de pago se aplicará exclusivamente en aquellos casos en donde exista un convenio vigente de colaboración interestatal del Sistema.

Artículo 120. La garantía de pago por incumplimiento de las condiciones de pago por un Régimen Estatal repondrá al Régimen Estatal acreedor el monto equivalente a la deuda de su contraparte deudora, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 118 del presente Reglamento y con cargo a los recursos del fideicomiso a que se refiere el artículo 121 de este ordenamiento.

Artículo 121. La aplicación de la garantía de pago, previa disponibilidad de recursos, se realizará mediante solicitud de la parte acreedora al fideicomiso que al efecto se establezca, previo agotamiento de las instancias establecidas en los convenios de colaboración interestatal del Sistema. Los criterios de aplicación estarán especificados en las reglas de operación del fideicomiso.

El total de las erogaciones que con cargo al referido fideicomiso se realicen para cumplir con las obligaciones de un Régimen Estatal, más los gastos administrativos respectivos, se descontarán al final del trimestre correspondiente de los recursos que a dicho Régimen Estatal le corresponda recibir por concepto de cuota social.

CAPÍTULO IV DE LAS CUOTAS FAMILIARES Y REGULADORAS

Artículo 122. Las familias contribuirán de manera solidaria al financiamiento del Sistema mediante el pago de las cuotas familiares establecidas en el artículo 77 Bis 21 de la Ley.

En virtud de lo establecido en el artículo 77 Bis 26 de la Ley, se establecerá un régimen no contributivo que se aplicará a las familias con insuficiente ingreso o la carencia de éste, conforme a lo que establece el artículo 127 de este Reglamento.

Artículo 123. En adición, y con independencia de la aportación realizada a través de la cuota familiar, los beneficiarios podrán ser sujetos del pago de cuotas reguladoras conforme a lo señalado en el artículo 77 Bis 28 de la Ley.

La cuota reguladora es la aportación cuyo objetivo es promover el uso razonado de los servicios y los insumos para la salud.

Artículo 124. La Comisión establecerá los niveles de cuotas familiares que serán utilizados por decil de la distribución del ingreso, conforme a lo establecido en el artículo 77 Bis 5, inciso A, fracción VI de la Ley.

Los criterios y la metodología utilizada para establecer los niveles de cuotas familiares serán definidos por la Comisión en los lineamientos correspondientes. Para lo anterior, se tomará en cuenta el nivel de ingreso familiar promedio que se estime a nivel nacional para cada decil de la distribución del ingreso. Para ello, se utilizará la información disponible de encuestas representativas a nivel nacional que contengan información de ingresos y gastos de los hogares generadas por las dependencias del Ejecutivo Federal responsables de ello.

Artículo 125. El monto que corresponderá pagar por concepto de cuota familiar a cada familia beneficiaria o en su caso, la determinación de su sujeción al régimen no contributivo, se determinará cada tres años a partir del instrumento de evaluación socioeconómica que para tales efectos establecerá la Comisión, de conformidad con el artículo 77 Bis 5, inciso A fracción IX de la Ley.

Artículo 126. Para efectos de lo anterior, y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 77 Bis 25 de la Ley, el instrumento de evaluación socioeconómica deberá permitir lo siguiente:

XLII. I. Clasificar a las familias beneficiarias conforme a su nivel socioeconómico, para lo cual se utilizarán deciles de la distribución del ingreso, y

XLIII. II. Determinar la capacidad de pago por familia beneficiaria a partir de su ingreso.

Artículo 127. Serán sujetos del régimen no contributivo aquellas familias ubicadas en los deciles I y II de la distribución de ingreso, conforme lo determine la Comisión en los lineamientos correspondientes.

La Secretaría, con cargo a su presupuesto aprobado y previa autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como las entidades federativas u otros terceros solidarios podrán realizar aportaciones para cubrir la cuota familiar de las familias sujetas al régimen no contributivo. Estos recursos no podrán ser considerados como parte de la aportación solidaria estatal o federal, ni de la cuota social.

Adicionalmente, se podrán considerar sujetos de incorporación al régimen no contributivo aquellas familias que cumplan cualquiera de los siguientes supuestos:

XLIV. I. Ser beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal, residentes en localidades rurales;

XLV. II. Ser residentes de localidades de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes, y

XLVI. III. Otros supuestos que fije la Comisión.

La Comisión o los Regímenes Estatales, según su ámbito de competencia, deberán estar en capacidad de corroborar, mediante sustentos metodológicos, el cumplimiento de los supuestos señalados en las fracciones I a III anteriores. La verificación de pertenencia al padrón de beneficiarios de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal para las familias sujetas al régimen no contributivo se realizará anualmente.

Artículo 128. Las cuotas familiares que los beneficiarios del Sistema deben cubrir para ser incorporados, serán sufragadas de manera anticipada, anual y progresiva, pudiendo liquidarse de manera trimestral.

Artículo 129. Las cuotas familiares serán recibidas directamente por los Regímenes Estatales y se destinarán para el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para el Sistema.

Artículo 130. Los Regímenes Estatales deberán informar trimestralmente a la Comisión del manejo y destino de las cuotas familiares, de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida la Secretaría.

Artículo 131. Solamente el Consejo de Salubridad General podrá establecer las cuotas reguladoras señaladas en el artículo 77 Bis 28 de la Ley.

Artículo 132. Las cuotas reguladoras serán aplicables en todos los Regímenes Estatales.

Artículo 133. Los recursos recaudados por los Regímenes Estatales por concepto de cuotas reguladoras, una vez cubiertos los costos de su registro y proceso, se destinarán para financiar el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para la operación del Sistema, conforme a lo establecido por los artículos 77 Bis 22 y 77 Bis 23 de la Ley.

Artículo 134. Los Regímenes Estatales deberán incluir como parte de la información señalada en el artículo 130 de este Reglamento, los montos recaudados y el destino de los recursos provenientes de cuotas reguladoras.

Artículo 135. La Comisión será responsable de efectuar la revisión anual de las cuotas familiares con base en la información que para tales efectos proporcionen los Regímenes Estatales y considerando lo establecido en el artículo 77 Bis 5, inciso A, fracción VI de la Ley.

Artículo 136. El Consejo de Salubridad General dispondrá en los lineamientos que para el efecto emita la forma en que se realizará la revisión anual de las cuotas reguladoras, con base en la información que para tales efectos proporcione la Comisión, en los términos de lo establecido en el artículo 77 Bis 28 de la Ley.

Artículo 137. La prestación de servicios de salud no incluidos en los servicios cubiertos por el Sistema conforme a lo establecido en los artículos 4 al 11 de este Reglamento, se sujetará al pago de cuotas de recuperación conforme a lo establecido en el artículo 38 de la Ley. En este caso, los Regímenes Estatales deberán utilizar el instrumento establecido por la Comisión para evaluar la condición socioeconómica de los beneficiarios, y con base en ello podrán eximir, en su caso, a las familias beneficiarias del pago de la cuota correspondiente.

CAPÍTULO V DE LA TRANSPARENCIA, CONTROL Y SUPERVISIÓN EN EL MANEJO DE LOS RECURSOS

Artículo 138. Para los efectos del artículo 77 Bis 31 de la Ley, los Regímenes Estatales, a través de sus áreas de atención al público, recibirán y evaluarán las propuestas que realicen los beneficiarios respecto de la aplicación de sus cuotas.

Artículo 139. Los Regímenes Estatales pondrán a disposición del público por medios remotos o locales, de comunicación electrónica, la información relativa al manejo financiero del Sistema.

Artículo 140. El informe a que se refiere el artículo 77 Bis 31, último párrafo, de la Ley, será presentado al Congreso de la Unión por la Secretaría y deberá contener el universo, la cobertura, los servicios ofrecidos, así como información sobre el manejo financiero del Sistema. Dicho informe deberá presentarse en los meses de enero y julio de cada año.

TRANSITORIOS

Primero. El presente Reglamento entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

Segundo. Para efectos de lo establecido en el artículo 21 de este Reglamento, los Regímenes Estatales suscribirán los convenios de gestión con los establecimientos para la atención médica acreditados que se incorporen como prestadores de servicios del Sistema, de manera gradual. Lo anterior, sin menoscabo de las asignaciones presupuestales que les correspondan para efectos de garantizar la prestación de los servicios.

Tercero. La Acreditación a que se refiere este Reglamento operará como antecedente previo a la certificación del establecimiento por el Consejo de Salubridad General.

Cuarto. Para efectos de lo establecido en el artículo 24 de este Reglamento se utilizarán los Criterios para la Certificación de Hospitales establecidos para tal efecto por el Consejo de Salubridad General, o cualquier otra disposición que aplique sobre esta materia.

Quinto. Para efectos de lo establecido en el artículo 26 del presente Reglamento, la Secretaría deberá emitir el Manual para la Acreditación de Capacidad, Seguridad y Calidad en un plazo que no excederá de noventa días naturales contados a partir de la entrada en vigor de este Reglamento.

Sexto. Los Regímenes Estatales, con el apoyo de la Secretaría, deberán realizar las acciones conducentes para que la totalidad de los directores médicos y administrativos de los establecimientos para la atención médica del Sistema cuenten con estudios de formación directiva, por lo menos a nivel de diplomado o equivalente.

Séptimo. Para los efectos de los artículos 32 y 34 del presente Reglamento, la Secretaría presentará a consideración del Consejo el Plan Maestro de Infraestructura en un plazo que no excederá de seis meses

contados a partir de la entrada en vigor de este Reglamento, considerando un escenario de diez años en los aspectos relativos a la remodelación, equipamiento de alta tecnología y obra nueva en infraestructura básica.

Octavo. Para efectos de lo establecido en los artículos 49 y 51 del presente Reglamento, la Comisión deberá emitir los lineamientos y mecanismos relativos al padrón de beneficiarios en un plazo que no excederá de noventa días naturales contados a partir de la entrada en vigor de este Reglamento.

Noveno. Para efectos de lo establecido en los artículos 54 y 57 del presente Reglamento, la Comisión emitirá los lineamientos relativos al sistema de información sobre satisfacción de afiliados, en un plazo que no excederá de noventa días naturales contados a partir de la entrada en vigor de este Reglamento.

Décimo. Durante el periodo de transición, mediante el cual se ampliarán de manera gradual los servicios esenciales de salud, así como los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, se aplicará la estructura de cuotas de recuperación vigente para todos aquellos servicios o intervenciones no cubiertos por el Sistema.

Décimo Primero. El Consejo de Salubridad General podrá contratar servicios especializados para el cotejo de padrones señalado en el artículo 52 de este Reglamento. El pago de dichos servicios deberá ser con cargo a los recursos del Sistema.

Décimo Segundo. La metodología a que se refiere el artículo 85 del presente Reglamento deberá publicarse en un plazo que no excederá de noventa días naturales contados a partir de la entrada en vigor de este Reglamento.

Décimo Tercero. En tanto se desarrollen las guías clínico-terapéuticas mencionadas en el artículo 103 del presente Reglamento, la determinación de los gastos catastróficos a cubrir seguirá los criterios que al efecto se especifiquen en las reglas de operación del fideicomiso.

El financiamiento del tratamiento de gastos catastróficos cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos será para los nuevos casos diagnosticados a partir de la entrada en vigor de la Ley. Para los casos diagnosticados en fecha previa a la entrada en vigor de la Ley, se aplicará el esquema de cuotas de recuperación conforme al nivel socioeconómico en que haya sido clasificado el beneficiario al momento de su afiliación al Sistema. En cualquiera de ambas situaciones la atención médica no podrá condicionarse, demorarse o negarse para el beneficiario por razones de financiamiento.

Décimo Cuarto. Para efectos de dar cumplimiento a lo establecido en los transitorios Décimo Segundo y Décimo Tercero de la Ley, así como en los artículos 76 a 140 de este Reglamento, y durante el proceso de transición mediante el cual se afiliará al Sistema de manera gradual la totalidad de población no derechohabientes de la seguridad social, se utilizará el siguiente mecanismo de asignación presupuestal:

- I. Aquellas entidades federativas que no hayan firmado el acuerdo de coordinación de adhesión al Sistema a que se refiere el artículo 77 Bis 6 de la Ley, continuarán recibiendo los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud conforme a lo establecido en la Ley de Coordinación Fiscal;
- II. En el caso de las entidades federativas que se adhieran al Sistema mediante la firma del acuerdo de coordinación correspondiente, se establecerá en dicho acuerdo un esquema de transición presupuestal, sujetándose a los recursos autorizados expresamente para tal efecto en el Presupuesto de Egresos de la Federación del ejercicio fiscal correspondiente, conforme a lo siguiente:
 - i. La entidad federativa recibirá recursos de origen federal por los siguientes conceptos: asignación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad; la cuota social y la aportación solidaria federal en correspondencia con el número de familias beneficiarias en dicho año y sus respectivas vigencias de derechos; y los recursos para garantizar la continuidad de la atención de las familias no derechohabientes de la seguridad social no incorporadas al Sistema;
 - ii. La cuantificación de los recursos federales adicionales necesarios para hacer efectiva la aportación solidaria federal considerará -además de los recursos que del FASSA 2003 se destinaron a la prestación de servicios de salud a la persona para las familias beneficiarias- criterios de alineación programática a nivel federal. Para ello, se podrán contabilizar como parte de la aportación solidaria federal aquellos recursos de programas federales dirigidos a la población no derechohabiente de la seguridad social que se destinan a la prestación de servicios de salud a la persona para las familias beneficiarias;

- iii. Los recursos para financiar la atención de la población no derechohabiente de la seguridad social no incorporada aún al Sistema serán asignados con base en los recursos ejercidos en el año 2003 del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud que se destinaron a la prestación de servicios de salud a la persona para la población a que se refiere esta fracción, descontando lo correspondiente al número de familias incorporadas y aquellas que se prevea incorporar al Sistema en el ejercicio fiscal correspondiente conforme al calendario establecido para tales efectos. Estos recursos serán actualizados anualmente por inflación e incremento salarial;
- iv. El monto de recursos que se destine al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad en cada entidad federativa, deberá considerar como punto de partida al menos el monto asignado del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud para la prestación de servicios de salud a la comunidad durante el ejercicio fiscal del 2003 o del año inmediato anterior al que se firme el Acuerdo de Coordinación, y
- v. La suma de los conceptos señalados en las fracciones anteriores, sin considerar a la cuota social, deberá ser equivalente por lo menos al monto total de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud autorizados en el año 2003.

Décimo Quinto. Para los efectos de los artículos 124, 125, 127 y 130 del presente Reglamento, la Comisión deberá emitir los lineamientos para establecer los niveles de cuotas familiares y para informar sobre el manejo y destino de las cuotas familiares, así como el instrumento para evaluar el nivel socioeconómico en un plazo que no excederá de noventa días naturales contados a partir de la entrada en vigor del mismo.

Décimo Sexto. La Secretaría realizará estudios piloto con el objetivo de apoyar al Consejo de Salubridad General en la definición de las reglas de carácter general a considerar para el establecimiento de las cuotas reguladoras a que se refiere el artículo 77 Bis 28 de la Ley.

Décimo Séptimo. Conforme a lo establecido en el Décimo Sexto transitorio de la Ley, las familias atendidas en el Programa IMSS-Oportunidades podrán incorporarse al Sistema, en tales supuestos la atención médica será prestada a través de los establecimientos para la atención médica de dicho Programa.

Los servicios brindados por el Programa corresponderán a los servicios esenciales de salud determinados por la Secretaría para el Sistema. Cada entidad federativa realizará, por conducto del Régimen Estatal correspondiente, directamente al Instituto Mexicano del Seguro Social, en los términos de la Ley, la compensación económica por los servicios prestados por el Programa en sus establecimientos para la atención médica acreditados, una vez descontada la asignación presupuestaria por familia correspondiente al apoyo que el Gobierno Federal otorga al Programa en cada entidad federativa.

Para efectos de la compensación mencionada en este artículo, la Comisión comunicará a cada Régimen Estatal el número de familias del Programa incorporadas al Sistema, así como el apoyo por familia otorgado al Programa por el Gobierno Federal. Al término de cada trimestre la Comisión verificará que las entidades federativas hayan cumplido con el pago completo y oportuno de las obligaciones derivadas de la aplicación de este artículo.

Décimo Octavo. Todas las disposiciones de carácter general que para efectos del Sistema de Protección Social en Salud, emitan las autoridades federales con base en la Ley y el presente Reglamento, deberán publicarse en el **Diario Oficial de la Federación** para su debida observancia.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los treinta días del mes de marzo de dos mil cuatro.- **Vicente Fox Quesada**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud, **Julio Frenk Mora**.- Rúbrica.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **José Francisco Gil Díaz**.- Rúbrica.