

PERIODICO**OFICIAL**

DEL GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE DURANGO
PRIMER SEMESTRE
LAS LEYES DECRETOS Y DEMAS DISPOSICIONES
SON OBLIGATORIAS POR EL SOLO HECHO DE PUBLICARSE
EN ESTE PERIODICO

REGISTRO POSTAL**IMPRESOS**
AUTORIZADO POR SEPOMEX**PERMISO No IM10-0008****DIRECTOR RESPONSABLE EL C. SECRETARIO GENERAL DEL GOBIERNO DEL EDO.****S U M A R I O**
PODER EJECUTIVO DEL ESTADO**CONVENIO.-**

DE COLABORACION 2007, DEBIDAMENTE FORMALIZADO QUE TIENE POR OBJETO LA PARTICIPACION DE "LOS SESA" EN EL SISTEMA DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS DE ALTA ESPECIALIDAD QUE REQUIERAN PRINCIPALMENTE LOS BENEFICIOS DE "EL SISTEMA" Y ESTABLECER LAS BASES Y MECANISMOS PARA APOYAR FINANCIERAMENTE LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS DE ALTA ESPECIALIDAD A QUE SE REFIERE LA CLAUSULA SEGUNDA.

PAG. 2

CONVENIO DE COLABORACIÓN, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE LA COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, REPRESENTADA POR EL COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, DANIEL KARAM TOUMEH, A QUIEN EN ADELANTE SE LE DENOMINARA "LA COMISIÓN", Y POR LA OTRA PARTE, LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE DURANGO, A QUIEN EN ADELANTE SE LES DENOMINARA "LOS SESA", REPRESENTADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD Y DIRECTORA GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO, DRA. ELVIA ENGRACIA PATRICIA HERRERA GUTIÉRREZ ASISTIDA POR EL DIRECTOR DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, DR. JESÚS ROLANDO SIERRA HERNÁNDEZ, AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

ANTECEDENTES

1.- El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 dentro de su política social establece el compromiso de elevar el nivel de salud de los mexicanos, reducir las desigualdades, garantizar un trato adecuado a los usuarios, ofrecer protección financiera en salud y fortalecer el sistema de salud. En este sentido el Programa Nacional de Salud, establece como una de sus líneas estratégicas el brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud, con el objeto de disminuir el número de familias que se empobrecen al enfrentar gastos en salud.

2.- Con fecha 15 de mayo de 2003, se publica en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, mediante el cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud, en adelante "EL SISTEMA", como un mecanismo de protección financiera por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.

3.- El artículo 77 BIS 29 de la Ley General de Salud prevé la creación, por parte de la Federación, de un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal para apoyar el financiamiento de los tratamientos y medicamentos asociados a los mismos, que se consideren gastos catastróficos y sufran principalmente los afiliados a "EL SISTEMA". En cumplimiento a la disposición antes citada, la Secretaría de Salud gestionó la constitución del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en adelante, "EL FONDO" mediante un Fideicomiso Público denominado, Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, en adelante "EL FIDEICOMISO".

4.- En Acuerdo No. O.IV.54/1107 del Comité Técnico de "EL FIDEICOMISO", tomado en la Cuarta Sesión Ordinaria del día 06 del mes de noviembre del año 2007, se aprobó apoyar al Hospital General de Durango.

DECLARACIONES

I.- "LA COMISIÓN" a través de su representante legal declara:

I.1.- Que es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud en términos del artículo 2 apartado C, fracción XII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, que tiene como objetivo la planeación y desarrollo de todas las acciones de protección social en salud.

I.2.- Que se encuentra facultado para suscribir el presente instrumento de conformidad con lo dispuesto en los artículos 38 fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 6, fracción I del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

I.3.- Para los efectos del presente instrumento, señala como domicilio legal el ubicado en la calle de Calzada de Tlalpan Número 479, 5to. Piso, Colonia Álamos, C.P. 03400, México, Distrito Federal.

II.- "LOS SESA" a través de su representante legal, declaran:

II.1.- Que es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública del Estado de Durango, creado mediante Decreto publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Durango con fecha 26 de septiembre de 1996; con personalidad jurídica y patrimonio propios y con atribuciones para realizar todas aquéllas acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes del Estado de Durango.

II.2.- Que tiene atribuciones para administrar los recursos humanos, materiales y financieros que conforman su patrimonio, con sujeción a las disposiciones legales aplicables, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2º, de su Decreto de Creación, y a lo establecido en el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la Entidad, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1997.

II.3.- Que se encuentra facultada para celebrar el presente instrumento de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 fracción XII de su Decreto de Creación.

II.4.- Que cuenta con los elementos técnicos, materiales y humanos para obligarse en los términos del presente Convenio.

II.5.- Que está inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la clave SSD960927CR4 y domicilio fiscal Cuauhtémoc 225 Centro, Durango, Dgo., entre Paloma y Salvador Nava.

II.6.- Que señala como domicilio para los efectos de este Convenio, el ubicado en Cuauhtémoc número 22 Norte, Zona Centro, de la Ciudad de Durango, Dgo., C.P. 34000.

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.

El presente convenio de colaboración tiene por objeto la participación de "LOS SESA" en el sistema de prestación de servicios médicos de alta especialidad que requieran principalmente los beneficiarios de "EL SISTEMA" y establecer las bases y mecanismos para apoyar financieramente la prestación de servicios médicos de alta especialidad a que se refiere la cláusula segunda del presente instrumento.

La participación de "LOS SESA" en la prestación de los servicios objeto del presente instrumento, se efectuará a través de la siguiente unidad hospitalaria: Hospital General de Durango, misma que cumple con lo establecido en el artículo 23 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

SEGUNDA.- DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE ALTA ESPECIALIDAD.

Los servicios médicos de alta especialidad considerados como gastos catastróficos objeto del presente convenio serán aquellos definidos y priorizados por el Consejo de Salubridad General e incluidos por "LA COMISIÓN" en el Catálogo de Intervenciones Cubiertas por "EL FONDO" y que son objeto de cobertura en "EL SISTEMA".

Los servicios médicos de alta especialidad objeto del presente convenio deberán basarse en las Guías Clínico-Terapéuticas que se emitan para cada tratamiento incluido en el Catálogo de Intervenciones Cubiertas por "EL FONDO".

Los servicios objeto de apoyo financiero serán incluidos como Anexo I al presente convenio previo acuerdo y firma de las partes.

TERCERA.- MONTO DEL APOYO.

El monto para apoyar económicamente los servicios de atención médica a que se refiere el objeto del presente convenio será de hasta \$ 2'500,000.00 (Dos millones

quinientos mil pesos 00/100M.N.), de conformidad con lo adoptado en el Acuerdo N° O.IV.54/1107, del Comité Técnico de "EL FIDEICOMISO" citado en el antecedente 4 del presente instrumento y conforme a las tarifas establecidas en el Anexo II de este convenio.

CUARTA.- OBLIGACIONES DE "LA COMISIÓN".

Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento, "LA COMISION" se compromete a:

I.- Dictaminar y/o validar a través de su Dirección General de Gestión de Servicios de Salud la Declaratoria de Caso Nuevo relacionada con la atención médica de alta especialidad de los servicios objeto del presente instrumento. El formato de Declaratoria se acompaña como Anexo IV del presente convenio.

II.- Emitir cuando proceda la carta de instrucción para llevar a cabo las transferencias de los recursos para apoyar financieramente la prestación de los servicios médicos de alta especialidad a que se refiere el presente convenio, de conformidad con lo dispuesto en este instrumento y del acuerdo No. O.IV.54/1107 del Comité Técnico de "EL FIDEICOMISO" a que se refiere el punto 4 del apartado de antecedentes y demás disposiciones jurídicas aplicables.

III.- Dar seguimiento a las acciones que "LOS SESA" lleve a cabo para el debido cumplimiento del presente convenio.

QUINTA.- OBLIGACIONES DE "LOS SESA".

Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento, "LOS SESA" se comprometen a:

I.- Prestar los servicios médicos de alta especialidad concretamente para los tratamientos y medicamentos relacionados con las enfermedades descritos en el Anexo I del presente instrumento.

II.- Entregar a "LA COMISIÓN" un informe trimestral de los registros clínicos de los pacientes, con el siguiente contenido: nombre, edad, género, lugar de residencia, diagnóstico motivo de los servicios prestados y procedimiento clínico realizado; así como de los Indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que se detallan en el Anexo III.

III.- Proporcionar los documentos o información relacionados con el cumplimiento del presente convenio que sean solicitados por "LA COMISIÓN", así como brindar las facilidades necesarias a fin de que "LA COMISIÓN" pueda llevar a cabo el seguimiento del adecuado cumplimiento del presente convenio.

IV.- Proporcionar a los pacientes cuyo tratamiento sea objeto de apoyo en virtud de este convenio los servicios de salud con un trato digno y atención médica efectiva, ética y responsable con elementos que definen la calidad asistencial de la unidad operativa, y con la misma calidad y calidez en la atención médica que al resto de los pacientes que atiendan.

V.- Asegurar que todos los servicios estén basados en la buena práctica, acordes con los estándares nacionales, las normas oficiales mexicanas, las metas locales establecidas y los protocolos emitidos por la Secretaría de Salud.

VI.- Cumplir con lo estipulado por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y demás normas establecidas en la materia, en particular con los indicadores que se detallan en el Anexo III de este Convenio.

VII.- Dar satisfacción a los pacientes en lo relacionado con los tiempos de espera en la recepción de los medicamentos, en la obtención completa de los medicamentos; y en las instrucciones sencillas sobre el uso adecuado de los medicamentos; proporcionar indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le sean recetados.

VIII.- Dar a conocer a los pacientes los derechos a los que se hace acreedor al aceptar y recibir los servicios de salud que corresponda, de acuerdo a la intervención médica a la que vaya a ser sometido.

IX.- Atender a los pacientes con personal calificado que asuma una actitud cortés, amable y mediante un lenguaje comprensible de parte del equipo de salud, con respecto a las convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con las condiciones socioculturales de género.

X.- Proporcionar la información suficiente de manera comprensible, veraz y oportuna al paciente, familiar, tutor o representante sobre las intervenciones a que será sometido y obtener los consentimientos debidamente informados que se requieran en los términos de la normatividad aplicable.

XI.- Informar sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento y contar con facilidades para la obtención de la segunda opinión al respecto.

XII.- Proporcionar un soporte documental con información clara, precisa y legible, que identifique las acciones y los procedimientos tratantes en cada proceso de atención médica, garantizando el uso confidencial y restringido del expediente y su inalterabilidad; permitir el acceso al paciente para acceder a los informes y resultados previa solicitud que haga por escrito.

XIII.- Conceder a los pacientes la libertad para decidir, sin ninguna forma de presión, sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le proponga; así como la de contar, si así lo desea, con la opinión de un segundo médico.

XIV.- Conceder a los pacientes el derecho de rechazar tratamientos o procedimientos en enfermedades catastróficas, así como aquellos incluidos en protocolos de investigación, sin que ello afecte tratamientos futuros.

SEXTA.- APOYO FINANCIERO.

El procedimiento para otorgar el apoyo financiero será el siguiente:

I.- "LA COMISIÓN" una vez revisado que se cumplen con los requisitos y obligaciones previstos en el presente convenio y en el acuerdo del Comité Técnico de "EL FIDEICOMISO" a que se refiere el punto 4 del apartado de antecedentes de este convenio, así como en las disposiciones jurídicas aplicables, emitirá la carta de instrucción al Fiduciario de "EL FIDEICOMISO" para llevar a cabo las transferencias de los recursos en apoyo a los servicios de atención médica a que se refiere el objeto de este instrumento.

II.- Las transferencias de los recursos mencionados se realizarán conforme a lo establecido en el Anexo V del presente instrumento, en el que se establecerán entre otros aspectos, los calendarios y compromisos a que se sujetarán las mismas.

III.- Las transferencias que se realicen conforme a lo previsto en el presente convenio, se efectuarán con abono a la cuenta que al efecto se aperture por parte de "LOS SESA", cuyo número notificará oportunamente a "LA COMISIÓN" a fin de que se haga del conocimiento de la Fiduciaria.

IV.- Los desembolsos de los recursos a que se refiere esta cláusula, estarán sujetos al cumplimiento de los requisitos y obligaciones previstos en el presente convenio y las disposiciones jurídicas, administrativas y presupuestales aplicables.

SÉPTIMA.- DE LA VALIDACIÓN DE LOS DESEMBOLSOS.

I.- "LA COMISIÓN", a través de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, validará los soportes médicos y administrativos, entre los que se encuentra como paso previo la Declaratoria de Caso Nuevo de cada evento descrito que le sea remitida por "LOS SESA", con la finalidad de que las mismas sean autorizadas por el Comité Técnico de "EL FIDEICOMISO" para el desembolso correspondiente.

II.- "LOS SESA", emitirán el recibo correspondiente que contenga los requisitos fiscales que marca la Ley en la materia a fin de amparar los desembolsos pactados, "LA COMISIÓN" revisará y validará dicho recibo, gestionará la transferencia de los montos autorizados por el Comité Técnico de "EL FIDEICOMISO", radicará los recursos y confirmará la recepción del pago por parte de "LOS SESA", a efecto de que quede soportada debidamente la transferencia de los recursos. Cada recibo emitido deberá expedirse a nombre del Fiduciario de "EL FIDEICOMISO", cuyo Registro Federal de Contribuyentes es FSP-041116-

H69, y domicilio en Javier Barros Sierra N°. 515 Lomas de Santa Fe, Alvaro Obregón, Distrito Federal, C. P. 01219, con copias a "LA COMISIÓN".

III.- Con la finalidad de que existan las condiciones adecuadas para la atención de los beneficiarios por parte de "LOS SESA", éstos se comprometen a gestionar oportunamente la validación de los cobros ante "LA COMISIÓN", de tal manera que no existan dificultades para la atención médica oportuna de los beneficiarios.

OCTAVA.- COMISIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

I.- Para el adecuado desarrollo del objeto del presente instrumento, las partes formarán una Comisión de Evaluación y Seguimiento integrada por un representante de "LA COMISIÓN" y uno de "LOS SESA", cuyas funciones serán las siguientes:

- a) Definir y especificar los procedimientos para una correcta y oportuna atención a los pacientes.
- b) Procurar la solución de cualquier circunstancia no prevista en este instrumento.
- c) Las demás que acuerden las partes.

II.- "LA COMISIÓN" designa como representante ante la Comisión de Evaluación y Seguimiento al Director General de Gestión de Servicios de Salud.

III.- "LOS SESA" designa como su representante ante la Comisión de Evaluación y Seguimiento a la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud de Durango.

NOVENA.- DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.

"LOS SESA" a través de sus unidades hospitalarias, se obligan a realizar a cada beneficiario atendido los estudios de laboratorio y gabinete necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de cualquiera de las intervenciones cubiertas por "EL FIDEICOMISO", de conformidad con las Guías Clínico Terapéuticas señaladas en la cláusula segunda del presente convenio.

DÉCIMA.- DEL RESGUARDO DE LOS SOPORTES ADMINISTRATIVOS Y LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS.

"LOS SESA" a través de sus unidades hospitalarias, resguardarán el expediente clínico de cada paciente beneficiario, así como las recetas y demás documentación soporte de la atención médica y medicamento proporcionado. El expediente deberá llevarse de conformidad con la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico.

DÉCIMA PRIMERA.- CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA.

Las partes se obligan a respetar el principio de confidencialidad y reserva establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y su Reglamento.

DÉCIMA SEGUNDA.- RELACIONES LABORALES.

El personal de cada una de las partes que intervenga en la ejecución de las acciones materia de este convenio de colaboración, mantendrá su relación laboral y estará bajo la dirección y dependencia de la parte respectiva, por lo que no crearán relaciones de carácter laboral, civil ni de seguridad social con la otra, a la que en ningún caso se le considerará como patrón sustituto o solidario.

DÉCIMA TERCERA.- CONTROL Y SUPERVISIÓN DE RECURSOS.

El control y supervisión de los recursos a que se refiere el presente convenio se realizará conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

DÉCIMA CUARTA.- VIGENCIA.

El presente convenio comenzará a surtir sus efectos desde el momento de su firma, tendrá una vigencia de un año, y podrá renovarse cuantas veces sea necesario, pudiendo sus términos ser revisados, modificados, adicionados por acuerdo de las partes, conforme a las necesidades que se presenten durante la vigencia del presente instrumento. Las modificaciones o adiciones deberán constar por escrito y formalizarse con un plazo de antelación por lo menos de treinta días de anticipación.

DÉCIMA QUINTA.- CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR.

Las partes no serán responsables de eventos derivados de caso fortuito o fuerza mayor, los cuales les impidieran total o parcialmente la ejecución de las obligaciones derivadas del presente convenio de colaboración.

Invariablemente, el caso fortuito o la fuerza mayor, en su caso, deberá estar debidamente acreditado.

DÉCIMA SEXTA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.

Las partes acuerdan que el presente convenio podrá darse por terminado anticipadamente por alguna de ellas, previa notificación escrita a la otra que se realice con treinta días naturales de anticipación.

DÉCIMA SÉPTIMA.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.

En caso de presentarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación o cumplimiento del presente convenio, las partes lo resolverán conforme al siguiente procedimiento:

- A. Recurriendo y apoyándose de conformidad en la coadyuvancia y las gestiones de la Comisión de Evaluación y Seguimiento;
- B. En caso de llegar a un arreglo satisfactorio, someterse a la legislación federal aplicable y a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en el Distrito Federal, por lo que en el momento de firmar este convenio, renuncian en forma expresa al fuero que en razón de su domicilio actual o futuro o por cualquier otra causa pudiese corresponderles.

DÉCIMA OCTAVA.- AVISOS, COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.

Las partes convienen en que todos los avisos, comunicaciones y notificaciones que se realicen con motivo del presente instrumento, se llevarán a cabo por escrito en los domicilios establecidos en el apartado de Declaraciones del mismo.

En caso de que las partes cambien de domicilio, se obligan a dar el aviso correspondiente a la otra, con quince días de anticipación a que dicho cambio de ubicación se lleve a cabo, de lo contrario se tomará como vigente el domicilio expresado en el apartado de Declaraciones del presente instrumento.

DÉCIMA NOVENA.- ANEXOS.

Las partes reconocen como Anexos integrantes del presente Convenio de Colaboración, los que se mencionan a continuación y que además tienen la misma fuerza legal que el presente convenio:

Anexo I. Servicios objeto de apoyo financiero.

Anexo II. Tabulador de Compensación Económica.

Anexo III. Indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Anexo IV. Declaratoria de Caso.

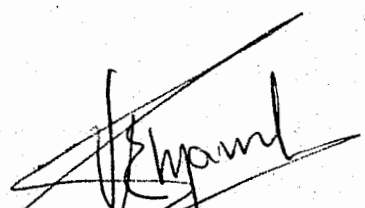
Anexo V. Transferencia de los recursos

Leído que fue el Convenio, y enteradas las partes de su contenido y alcance legales, lo firman por cuadruplicado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los cuatro días del mes de abril del año dos mil ocho.

POR "LA COMISIÓN"

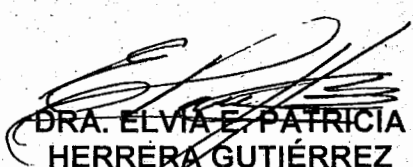


**DANIEL KARAM TOUMEH
COMISIONADO NACIONAL DE
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

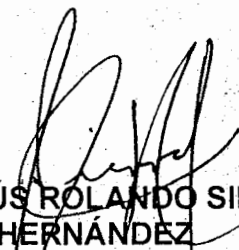


**DR. MANUEL E. VÁZQUEZ VALDÉS
DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD**

POR "LOS SESA"



**DRA. ELVIA E. PATRICIA
HERRERA GUTIÉRREZ
SECRETARÍA DE SALUD Y
DIRECTORA GENERAL DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DE
DURANGO**



**DR. JESÚS ROLANDO SIERRA
HERNÁNDEZ
DIRECTOR DEL RÉGIMEN
ESTATAL DE PROTECCIÓN
SOCIAL EN SALUD**

ANEXO I
COBERTURA 17 PATOLOGÍAS SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN

No.	INTERVENCIÓN	CIE	SUBDIAGNOSTICO	OBSERVACIONES
1	SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION* Transitorios Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos	Q20 A Q28	Malformaciones congénitas cardíacas	NIÑOS NACIDOS A PARTIR DEL 01 DE DICIEMBRE DEL 2006
2		Q39,0 A Q39,3	Atresia de esófago	
3		Q79,2	Onfalocele	
4		Q79,3	Gastroquisis	
5		Q41,0	Atresia / Estenosis duodenal	
6		Q41,1-Q41,9	Atresia intestinal	
7		Q42,0 A Q42,3	Atresia anal	
8		Q60,3-Q60,5, Q61,4	Hipoplasia / Displasia renal	
9		Q62,6	Uréter retrocavo	
10		Q62,6	Meatos ectópicos (Ureter ectópico)	
11		Q62,1	Estenosis ureteral	
12		Q62,3	Ureterocele	
13		Q64,1	Extrofia vesical	
14		Q64,0/Q54X	Hipospadias/Epispadias	
15		Q64,2 y Q64,3	Estenosis uretral	
16		Q64,3	Estenosis del meato uretral	
17		Q05X/Q76,0	Espina bífida*	

* Meningocele, mielomeningocele y espina bífida oculta (lipomeningocele).

Fecha de actualización: 2 de Enero del 2008

Nota: Las CIE-10 están de acuerdo a protocolos del Consejo General de Salubridad autorizados.




Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Dirección General de Gestión de Servicios de Salud

Dirección de Administración de Riesgos

**ANEXO II
SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN
TABULADOR 2007**

INTERVENCIÓN	CIE-10	TABULADOR
Malformaciones congénitas cardíacas	Q20 A Q28	\$80.955,00
Atresia de esófago	Q39	\$42.955,00
Onfalocele	Q792	\$46.581,00
Gastroquisis	Q793	\$46.581,00
Atresia / Estenosis duodenal	Q410	\$32.781,00
Atresia intestinal	Q411 A Q419	\$32.781,00
Atresia anal	Q420 A Q423	\$38.952,00
Hipoplasia / Displasia renal	Q603, Q605, Q14	\$21.806,00
Uréter retrocavo	Q626	\$31.558,00
Meatos ectópico	Q626	\$31.558,00
Estenosis Ureteral	Q621	\$31.558,00
Ureterocele	Q623	\$31.558,00
Extrofia vesical	Q641	\$31.558,00
Hipospadias / Epispadias	Q640, Q54X	\$15.831,00
Estenosis uretral	Q642, Q643	\$15.831,00
Estenosis del meato uretral	Q643	\$15.831,00
Espina bífida	Q05X, Q760	\$55.221,00

ANEXO III

"REGLAS DE OPERACIÓN ESPECÍFICAS E INDICADORES DE LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD"**SECRETARÍA DE SALUD**

ACUERDO POR EL QUE LA SECRETARÍA DE SALUD DA A CONOCER LAS REGLAS DE OPERACIÓN ESPECÍFICAS E INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD JULIO JOSÉ FRENK MORA, SECRETARIO DE SALUD; CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 26 Y 39 DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL; 32 Y 33 DE LA LEY DE PLANEACIÓN; 63 Y 64 DEL DECRETO DE PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN PARA EL EJERCICIO FISCAL DEL AÑO 2002 Y 6 FRACCIÓN XVII DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y,

CONSIDERANDO

Que el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año 2002, dispone que con el propósito de asegurar una aplicación eficiente, eficaz, equitativa y transparente de los recursos públicos, los programas a que se refiere el artículo 63 del propio Decreto, se sujetarán a la aplicación de reglas de operación claras y específicas, que deberán incluir los requisitos e indicadores que el mismo establece.

Que el Gobierno Federal se ha propuesto mejorar los niveles de salud de los mexicanos garantizando el trato adecuado en la prestación del servicio, fortaleciendo al Sistema Nacional de Salud para que de respuesta con calidad y respeto al ciudadano.

Que en el marco de sus atribuciones, la Secretaría de Salud promueve procesos de mejora continua, de rendición de cuentas en el uso de los recursos públicos y de un marco normativo que aliente la iniciativa para alcanzar niveles cada vez más altos de calidad, de cobertura y de eficiencia.

Que la Secretaría de Salud está a cargo de dirigir la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y, para concretar este esfuerzo, se acompaña de instituciones públicas y privadas del sector salud, incluyendo academias, colegios y asociaciones de profesionales.

Que es necesario impulsar políticas públicas destinadas a crear las condiciones para prestar servicios de salud de calidad.

Que es interés del Gobierno Federal impulsar políticas de salud en las que se promueva la corresponsabilidad y la rendición de cuentas.

Que el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud, es el responsable de establecer las reglas de operación del Programa, de aportar los recursos necesarios para su operación, darle seguimiento, evaluar sus resultados y asegurar el cumplimiento de sus objetivos.

Que conforme al Artículo 63 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación el ejercicio fiscal del año 2002, las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de la Contraloría y Desarrollo Administrativo autorizaron las reglas de operación y los indicadores de gestión, respectivamente, del Programa Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, hemos tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO

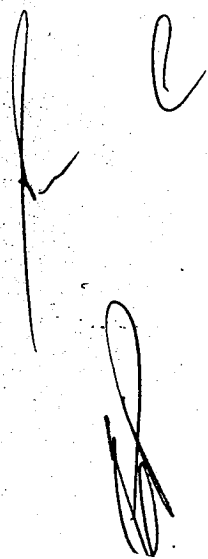
ÚNICO. La Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación del Programa Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, y sus indicadores de gestión y evaluación de conformidad con el siguiente:

CONTENIDO

1. Presentación
2. Antecedentes
3. Objetivos
 - 3.1. General
 - 3.2. Específicos
4. Lineamientos generales
 - 4.1. Cobertura
 - 4.2. Población objetivo
 - 4.3. Características de los apoyos
 - 4.3.1. Tipo de apoyo
 - 4.3.2. Monto de apoyo
 - 4.4. Beneficiarios
 - 4.4.1. Elegibilidad
 - 4.4.2. Transparencia
 - 4.4.3. Causas de suspensión de los apoyos.
5. Lineamientos específicos
 - 5.1. Coordinación institucional
 - 5.1.1. Instancias ejecutoras
 - 5.1.2. Instancias normativas
 - 5.1.3. Instancias de control y vigilancia
6. Mecánica de operación
 - 6.1. Difusión
 - 6.2. Promoción
 - 6.3. Ejecución
 - 6.3.1. Contraloría social
7. Informes programático-presupuestarios
 - 7.1. Avances físicos-financieros
 - 7.2. Cierre de ejercicio
8. Evaluación
 - 8.1. Interna
 - 8.2. Externa
9. Indicadores de resultados
10. Seguimiento, control y auditoría
 - 10.1 Atribuciones
 - 10.2. Objetivo
 - 10.3 Resultados y seguimiento
11. Quejas y denuncias
 - 11.1 Mecanismos, instancias y canales

1. PRESENTACIÓN.

El Sistema de Salud mexicano ha tenido avances importantes a partir de la segunda mitad del siglo XX. No obstante, aún permanece la necesidad de ofrecer servicios de alta calidad.



A pesar de que se han realizado esfuerzos en este sentido, tanto en instituciones públicas como privadas, se ha carecido de una estrategia que permita dar coherencia e impulso a estas acciones.

Ante ello, surge la necesidad de establecer una estrategia nacional que, como una verdadera cruzada, rescate de manera sistematizada el valor de la calidad y lo arraigue en la cultura organizacional del sistema y de cada uno de los prestadores de servicios de salud.

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se plasman los tres retos principales que se afrontarán en el sector: equidad, protección financiera y calidad. En este último se inscribe la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, como instrumento para elevar la calidad y la eficiencia de los servicios de salud de las instituciones, con enfoque en la mejora de la calidad técnica y la calidad percibida.

Durante los últimos años ha prevalecido un modelo sobre la calidad de los servicios de salud, que empieza a ser sustituido. Este modelo se basa en los supuestos que consideran que "la calidad esta implícita", "cantidad es sinónimo de calidad", "no importa el costo para ofrecer calidad", "la manera de garantizar la calidad es supervisando el trabajo de los demás" y "el paciente es un ente pasivo".

Para sustituir este paradigma la Cruzada Nacional impulsa nuevos postulados sustentados en:

1. La demostración de resultados del proceso de atención es indispensable. La calidad debe ser explícita.
2. Es fundamental medir para comparar, para aprender y para mejorar.
3. La responsabilidad de mejorar es de todos los involucrados en el proceso de atención.
4. Es indispensable ofrecer cantidad con calidad.
5. Los procesos que se realizan con calidad contribuyen a una mayor eficiencia.
6. El paciente es capaz y debe participar activamente en el proceso de su atención.

La Cruzada Nacional esta diseñada para impulsar el tránsito hacia este nuevo modelo y poder enfrentar los retos que resultan de un diagnóstico sobre la calidad de los servicios de salud, caracterizado por:

- a) Bajo nivel, en promedio, de la calidad de los servicios de salud públicos y privados.
- b) Heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas, entre instituciones y al interior de las propias instituciones.
- c) Percepción de mala calidad de los servicios por parte de la población.
- d) Pobre información y poco confiable sobre el desempeño de los servicios de salud.

Esta problemática se manifestó en la "Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000", en la que la población señaló que el nivel de calidad de los servicios de salud había empeorado en relación con los datos que se tenían en 1994, 4 de cada 10 mexicanos se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y calificaron el nivel de calidad de los servicios de salud por debajo de los servicios públicos de "agua y drenaje", "teléfonos" y "transporte público".

Adicionalmente, los indicadores de calidad de los servicios de salud son prácticamente inexistentes y las mediciones que hay son limitadas. En este sentido, la Cruzada Nacional como una estrategia sectorial inicio durante 2001 la medición de indicadores orientados al trato digno que deben recibir los usuarios de los servicios de salud, específicamente en tiempos de espera, surtimiento de recetas e información que recibe el paciente sobre su diagnóstico y tratamiento. En este aspecto el programa concibe al monitoreo de indicadores en las unidades prestadoras de servicios de salud, como una herramienta de gestión para la calidad, que fundamenta la toma de decisiones para efectuar intervenciones que mejoren la calidad con énfasis inicial en el trato digno a los usuarios y la atención médica efectiva, a fin de otorgar confianza a los ciudadanos sobre los servicios que reciben.

Para este esfuerzo de mejora, el concepto de calidad de los servicios de salud se concibe con dos elementos:

1. Trato digno, cuyas características son:

- a) Respeto a los derechos y características individuales de los usuarios, a partir de la identificación y evaluación periódica de sus necesidades y expectativas sobre el servicio de salud que reciben.
- b) Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien es responsable de él o de ella.
- c) Interés manifiesto en la persona.
- d) Amabilidad.

2. Atención médica efectiva, entendida como:

- a) Efectiva, que logre el resultado o efecto posible, de acuerdo con el estado que guarda la ciencia médica.
- b) Eficiente, con la cantidad de recursos adecuada al resultado obtenido.
- c) Ética, de acuerdo con los valores socialmente aceptados.
- d) Segura, con los menores riesgos posibles.

Con este propósito la Cruzada Nacional orienta sus acciones a los usuarios, a las organizaciones prestadoras de los servicios de salud, a la población en general y al propio sistema de salud, bajo los siguientes principios básicos:

- 1. La protección de la salud es la razón de ser de la búsqueda de calidad.
- 2. Los usuarios de los servicios merecen un trato digno y respetuoso.
- 3. Los usuarios de los servicios deben ser reconocidos como participantes activos del proceso de atención.
- 4. Una buena calidad técnica debe ser eficiente, bajo el supuesto de que el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud no necesariamente implica incrementar costos.
- 5. Los problemas que afectan la calidad generalmente están causados por el diseño de sistemas y de los procesos.
- 6. Todos aquellos que intervienen en el proceso de atención médica tienen la capacidad y deben tener la oportunidad para hacer propuestas de mejora de los servicios.
- 7. Las mejoras tienen que ser demostrables fehacientemente.
- 8. Es indispensable reconocer las experiencias exitosas en la prestación de los servicios mediante apoyos institucionales no asociados a estímulos económicos o a prestaciones en materia de servicios personales.
- 9. La rendición de cuentas debe ser una práctica común.

En este contexto, el programa se propone otorgar apoyos técnicos y financieros a proyectos que incidan en la calidad de los servicios de salud, a partir de la medición de indicadores sobre la calidad del servicio- en sus vertientes de trato digno y atención médica efectiva- que permitan la toma de decisiones para la mejora continua de procesos, promoviendo la capacitación a directivos y trabajadores, y el reconocimiento a experiencias exitosas en la materia.



2. ANTECEDENTES.

Las acciones institucionales para mejorar la calidad de los servicios de salud se remontan a finales de la década de los cincuenta en el Instituto Mexicano del Seguro Social. A mediados de los años ochenta destaca la implantación de los primeros círculos de calidad en la Secretaría de Salud. Sin embargo, es hasta la década de los noventa cuando es posible identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios.

En el sector público, el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención, el impulso a la certificación de los hospitales "Amigo del niño y de la madre", la certificación de jurisdicciones y la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en la Secretaría de Salud, así como las acciones en materia de calidad realizadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, los servicios médicos de PEMEX y del ISSSTE retoman la preocupación de elevar la calidad de una manera más sistematizada. A ello se agregan los esfuerzos realizados en hospitales e instituciones privadas que iniciaron procesos de mejora continua.

De esta manera, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se finca en múltiples cimientos construidos durante años que permiten asegurar la suficiente experiencia para el impulso de este programa.

Como instrumento sectorial contempla 70 líneas de acción distribuidas en cuatro niveles que corresponden a los grupos específicos hacia los cuales se orienta la estrategia: Usuarios, prestadores de los servicios, organizaciones y sistema de salud en general. Cada una de las líneas de acción da origen a un plan en el cual se identifican las acciones concretas, su secuencia en el tiempo, los responsables de cada una de ellas, los indicadores mediante los cuales se medirá el avance y las metas a alcanzar en cada caso.

Con el propósito de que la Cruzada Nacional sea una estrategia eficiente de manera paulatina, ordenada y en forma secuencial se define la implantación de las líneas de acción y la atención a cada uno de los problemas que afectan la calidad de los servicios de salud. En este sentido, para efectos de la aplicación de los recursos durante el 2002, el programa se orientará al financiamiento de proyectos que impulsen la gestión exitosa para la mejora del componente de trato digno, a partir de la medición de indicadores en este rubro como herramienta de gestión. En forma paralela, con los recursos institucionales asignados a la Secretaría de Salud y de manera coordinada con otras instituciones públicas, se están realizando acciones para proveer del componente de calidad a los programas de salud a nivel sectorial, así como la educación en salud dirigida a los prestadores de servicios, la conformación de modelos de gestión para abordar la mejora de otros componentes del concepto de calidad ya enunciado, así como la regulación sanitaria para la mejora de la calidad de los servicios.

Durante el año 2001 como parte del Plan de Arranque de la Cruzada Nacional se estableció el Equipo Consultor Sectorial, integrado por funcionarios de alto nivel de la SSA, IMSS e ISSSTE para el impulso de la estrategia a nivel sectorial. Asimismo, se instalaron Comités Estatales de Calidad en 29 entidades federativas, conformados por directivos de las instituciones de salud en el estado que se adhirieron en forma voluntaria al programa.

En este contexto se definieron indicadores de trato digno a los usuarios de los servicios de salud, en tiempos de espera, satisfacción de los usuarios, información al paciente y surtimiento de recetas que están siendo monitoreados, para proveer de información que sirva para la toma de decisiones en las propias unidades prestadoras de servicios, y en cuya solución participen los Comités Estatales y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSA, como instancia ejecutora del programa, otorgando apoyo técnico y asesoría.

En el proceso de medición de indicadores durante el periodo señalado se incorporaron a la Cruzada Nacional 3,069 unidades tanto de la SSA, IMSS e ISSSTE que representa alrededor del 26 % del total de unidades. Cada institución es responsable de atender la problemática específica que reflejan los índices de sus unidades y de canalizar recursos a las mismas para la mejora de la calidad de los servicios, pero en forma coordinada a través de los Comités Estatales de Calidad y el Equipo Consultor Sectorial se definen las estrategias para la mejora de los procesos sea homogénea teniendo como base los lineamientos de la Cruzada Nacional.

En el mismo periodo, de las 9,507 unidades médicas de la Secretaría de Salud se incorporaron para medición de indicadores 2,046 unidades prestadoras de servicios, que representa el 21.5 % del total. En las unidades de la SSA se realizaron acciones de capacitación, asesoría y seguimiento que promueven la mejora de los procesos de atención a los usuarios de los servicios y su monitoreo.

Como resultado de la medición de índices de calidad en el 2001 en unidades de primer y segundo nivel de atención se registraron avances en la disminución del tiempo de espera y un incremento en la satisfacción de los usuarios sobre la información que reciben sobre su diagnóstico y tratamiento, así como en el surtimiento de recetas. Sin embargo, estos avances deben mejorarse y ampliarse a todas las unidades de la SSA.

A partir de las experiencias obtenidas en el año anterior y de las líneas de acción del programa durante el 2002 para fines de la aplicación de los recursos las acciones de la Cruzada Nacional se concentrarán principalmente en 5 rubros:

1. Incrementar el número de unidades prestadoras de servicios de salud que registran indicadores, a partir de su adhesión voluntaria al programa, con el propósito de que se incorporen el 60 % de las unidades de la Secretaría de Salud y que de ellas el 40 % cumplan con los estándares satisfactorios.
2. Fortalecer la medición, capacitación y mejora de los procesos de atención en las unidades que ya se encuentran incorporadas al programa. Así como el impulso al mejoramiento de los espacios donde se prestan servicios de salud, como acciones piloto vinculadas al trato digno que deben recibir los usuarios.
3. Reconocer experiencias exitosas en la mejora de la calidad de los servicios de salud, a partir del modelo de monitoreo como herramienta de gestión para la calidad.
4. Apoyar procesos de certificación ISO 9000 en las unidades prestadoras de servicios.
5. Impulsar nuevos instrumentos de gestión para la calidad, a través de convenios, asesorías y consultorías.

Para fines de implementar un red de monitoreo institucional de carácter nacional es necesario dotar a las unidades médicas de la plataforma tecnológica para establecer una cultura de la medición como instrumento para la toma de decisiones, impulsar a la capacitación en materia de calidad del servicio, y que las unidades prestadoras de servicios de salud cumplan con estándares satisfactorios, considerando la opinión de los usuarios.

El monitoreo institucional que realiza el programa se concibe como el registro de indicadores en las unidades prestadoras de servicios, se complementa con un sistema de monitoreo social a través de un centro de atención telefónica por medio del cual los usuarios presentarán sus quejas, sugerencias y felicitaciones sobre los servicios de salud que reciben a nivel nacional.

Con ello se podrá avanzar en la materialización de la imagen objetivo de la Cruzada Nacional para el año 2006, en donde la calidad se reconoce explícita y fehacientemente como un valor en la cultura organizacional del sistema de salud y existen evidencias confiables de mejoras sustanciales a través de todo el sistema, que son percibidas con satisfacción por los usuarios de los servicios, por la población en general y por los prestadores de servicios.

3. OBJETIVOS.

3.1. GENERAL.

Elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población, para lo cual el programa otorgará apoyos técnicos y financieros para el desarrollo de proyectos que incidan en la calidad de los servicios.

3.2. ESPECÍFICOS.

- Impulsar proyectos que promuevan el trato digno a los pacientes y la mejora de la calidad técnica de la atención, así como la innovación e investigación en la materia.
- Aumentar el número de unidades prestadoras de servicios de salud que participan en la Cruzada Nacional y que registran índices de calidad para conformar una red nacional de monitoreo que proporcione información oportuna, objetiva y confiable para la mejora de los servicios.
- Promover la capacitación de directivos y trabajadores de las unidades de servicios de salud, en áreas que incidan en la calidad de los servicios.
- Impulsar, apoyar y reconocer experiencias exitosas en materia de calidad de los servicios de salud, en las que participen trabajadores, directivos e instituciones, para su replica o difusión en otras unidades con problemas de calidad en el servicio.

- Coadyuvar en el proceso de impulso a la calidad en zonas indígenas y marginadas a través del desarrollo de proyectos que promuevan la mejora de los servicios de salud.
- Proveer de apoyo técnico, asesoría y consultoría, a las unidades para la mejora de los índices de calidad y apoyar procesos de certificación ISO 9000 en las mismas.

4. LINEAMIENTOS GENERALES.

El programa impulsará el desarrollo de proyectos que incidan en la mejora de la calidad de los servicios de salud promoviendo la medición de indicadores sobre la prestación del servicio como modelo de gestión.

Son susceptibles de apoyo financiero los proyectos que otorguen prioridad a las unidades prestadoras de servicios, que se encuentren ubicadas en localidades donde opere el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), El Programa de Protección Financiera (Seguro Popular) y zonas indígenas, principalmente.

4.1. COBERTURA.

La cobertura del programa es de carácter nacional. La Secretaría de Salud podrá determinar zonas, unidades prestadoras de servicios o jurisdicciones sanitarias que por su situación, características y naturaleza, requieran el otorgamiento de apoyos técnicos y financieros para el desarrollo de acciones y proyectos en materia de calidad de los servicios de salud, procurando la equidad y el equilibrio en la asignación de apoyos.

.....4.2. POBLACIÓN OBJETIVO.

Los recursos del programa se destinarán al desarrollo de proyectos que incidan en la mejora de la calidad de los servicios de salud que presenten Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, desconcentradas o descentralizadas, en población no asegurada que sea atendida por instituciones del sector público.

El cumplimiento de los objetivos del programa en el 2002 con acciones de mejora de la calidad de los servicios de salud beneficiará a alrededor de 23 millones de habitantes que representa aproximadamente el sesenta por ciento del total de la población sin seguridad social, que potencialmente recibe atención en las unidades de la Secretaría de Salud.

Para ello, la Cruzada Nacional durante este periodo promoverá la incorporación voluntaria al programa de 5500 unidades de la SSA que conforman el 60 % del universo de unidades prestadoras de servicios de salud en la dependencia.

En este sentido, para la conformación de la red nacional de monitoreo son potencialmente beneficiarios 233 jurisdicciones sanitarias y 100 hospitales generales de los Servicios Estatales de Salud que manifiesten su disposición a participar en la Cruzada Nacional.

4.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS APOYOS.

El programa otorgará recursos para el desarrollo de proyectos que incidan en la mejora de la calidad de los servicios de salud, a aquellas unidades que se adhieran voluntariamente a la Cruzada Nacional y adopten sus lineamientos e indicadores en los términos de las presentes reglas y de las convocatorias específicas que se emitan para tal propósito.

La aplicación de los recursos del programa se orientará a las unidades de primer y segundo nivel, jurisdicciones sanitarias y Servicios Estatales de Salud, principalmente, para el financiamiento de proyectos en las siguientes áreas:

- a) Infraestructura tecnológica para la medición y mejora de índices de calidad.
- b) Innovación e investigación en materia de calidad en salud.
- c) Acciones de autorregulación de los servicios de salud para atender problemas de calidad.
- d) Educación para la salud a prestadores de los servicios para el desarrollo de competencias.
- e) Reconocimiento experiencias exitosas en materia de calidad.
- f) Apoyos para procesos de certificación ISO 9000.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSA, como instancia ejecutora del programa, con base en el presupuesto asignado al mismo y conforme a la normatividad aplicable para su ejercicio, promoverá acciones de capacitación regionales, estatales o nacionales que impulsen el programa o sus componentes, así como asesorías y consultorías que consoliden el mismo. De igual manera, estarán a su cargo las acciones de difusión, los costos por la implementación de los programas técnicos para el monitoreo institucional de indicadores y el monitoreo social, y los gastos de operación administrativa del programa.

Por su naturaleza y para fines de apoyo al programa, de conformidad con la normatividad aplicable, la Secretaría de Salud podrá realizar convenios interinstitucionales que promuevan la mejora de la calidad de los servicios en el sector.

La Dirección General de Calidad y Educación de la SSA, con fundamento en sus atribuciones y presupuesto de operación, otorgará asesoría para la ejecución e implementación de los proyectos que resulten seleccionados.

4.3.1. TIPOS DE APOYOS.

Los apoyos técnicos y financieros del programa se destinarán, preferentemente, a los siguientes tipos de proyectos y acciones:

- a) Proyectos que promuevan la mejora de la calidad de los servicios de salud a través del monitoreo de índices de calidad y su mejoramiento, particularmente en zonas marginadas e indígenas, así como la innovación e investigación en la materia, sean estos efectuados de manera individual o institucional.
- b) Proyectos que promuevan la capacitación de directivos y trabajadores en áreas que incidan en la calidad de los servicios.
- c) Acciones que impulsen, difundan, reconozcan y apoyen experiencias exitosas en materia de calidad de los servicios de salud.
- d) El establecimiento del Premio de Calidad de la Secretaría de Salud.
- e) Acciones que impulsen procesos de certificación ISO 9000 de unidades prestadoras de servicios de Salud.
- f) Actividades de asesoría y consultoría que promuevan y alienten los fines del programa.

La Secretaría de Salud tendrá la facultad, atendiendo lo previsto en las presentes reglas de operación, de señalar acciones o proyectos adicionales que por su importancia deban ser impulsados para el cumplimiento de los fines del programa.

4.3.2. MONTO DE APOYO.

4.3.2.1. Los montos de los apoyos para el desarrollo de los proyectos y acciones que promuevan las unidades prestadoras de los servicios de salud y tengan como finalidad el monitoreo de índices de calidad y su mejoramiento, la innovación, investigación y capacitación tendrán como techo máximo de asignación \$ 100,000.00 (Cien mil pesos 00/100 M.N.) cada uno, y quedarán sujetos a los términos, importes y características que se indiquen en la convocatoria específica que emita la Secretaría de Salud. En todo caso, el monto referido corresponde al presupuesto máximo por tipo de proyecto.

Cuando por su naturaleza, prioridad o particular trascendencia para los fines del programa y dado el alcance jurisdiccional, regional, la cobertura o los beneficios esperados que reciba la población por la implementación de algún proyecto que solicite financiamiento, previa valoración y dictamen de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSA, se podrán otorgar importes superiores a los referidos hasta un tope de 2 veces el techo máximo de asignación previsto en el párrafo anterior.

Los recursos del programa deberán distribuirse preferentemente a:

- a) Inversión en equipo de cómputo o didáctico para el monitoreo de índices de calidad y tareas de capacitación respectivamente, mobiliario de apoyo al proyecto y materiales para su operación.
- b) Capacitación a trabajadores o directivos.
- c) Mantenimiento de los espacios donde se prestan los servicios de salud, como acciones piloto que favorezcan la mejora de la calidad en las unidades que adopten compromisos de mejora en la gestión de las mismas.

La propuesta de distribución de los recursos deberá ser avalada por la jurisdicción sanitaria correspondiente en el caso de proyectos que se desarrollen de manera individual, y por parte de los Servicios de Salud Estatales y, en su caso, del Comité Estatal de Calidad, para los proyectos y acciones que promuevan en forma institucional las Jurisdicciones Sanitarias, con el fin de establecer un nivel de compromiso institucional en la operación del programa.

4.3.2.2. El techo presupuestal máximo para la implementación del Premio de Calidad de la Secretaría de Salud y al apoyo a procesos de certificación en ISO 9000 será de 2.5 millones de pesos M.N. cada uno, quedando sujetos a las convocatorias respectivas.

4.3.2.3. La asignación de recursos para el desarrollo de convenios interinstitucionales y actividades de consultoría que apoyen las acciones del programa quedarán sujetos a las características del convenio o contrato correspondiente, de acuerdo con la disponibilidad presupuestal en la partida respectiva del programa, así como las acciones de capacitación y de plataforma tecnológica que realice la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para la operación del programa.

En ningún caso, los recursos del programa podrán ser destinados a sobresueldos, pagos de tiempo extra o guardias en los servicios que presten los trabajadores o directivos.

4.4 BENEFICIARIOS.

Son susceptibles de ser beneficiarios del programa aquellas Unidades Prestadoras de Servicios que se adhieran a la Cruzada Nacional y promuevan proyectos que incidan en la calidad de los servicios de salud en los términos de las presentes reglas de operación y de las convocatorias respectivas.

4.4.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

La selección de los proyectos atenderá los criterios de equidad, objetividad, selectividad, temporalidad y transparencia señalados en el Decreto del Presupuesto de Egresos 2002.

Los proyectos seleccionados deberán traducirse en un beneficio social tangible para la población, a partir de un diagnóstico que justifique, impulse la mejora de la calidad de los servicios y permita evaluar los resultados alcanzados a través del análisis de indicadores específicos.

4.4.1.1. Elegibilidad.

Es requisito que las propuestas, los proyectos y acciones, en los términos de las presentes reglas, sean avalados por la Jurisdicción Sanitaria, en el caso de iniciativas individuales, por los Servicios Estatales de Salud para las propuestas institucionales que realicen las propias Jurisdicciones Sanitarias o de la instancia que coordina los órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud.

Las propuestas de proyectos y acciones deberán utilizar un método congruente, señalar los propósitos y alcances, objetivos, metodología, costos y proceso de implementación de los mismos.

Sólo se otorgarán recursos a aquellos proyectos o acciones que cumplan con el principio de anualidad del Presupuesto de Egresos de la Federación, por lo que los recursos previstos para los mismos deberán ejercerse a más tardar al 31 de diciembre de 2002.

Los recursos tecnológicos o de infraestructura que se deriven de los apoyos financieros del programa para el desarrollo de proyectos, deberán permanecer en la Unidad Prestadora de Servicios de Salud a efecto de que sea un activo para mejorar la calidad de los servicios de salud.

4.4.1.2 TRANSPARENCIA.

Para garantizar la transparencia en el ejercicio de los recursos, se establecerá en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSA, un Comité Interno Técnico de Evaluación de proyectos que será la instancia facultada para analizar y dictaminar los proyectos o acciones susceptibles de apoyo financiero. El Comité estará conformado por directivos de la instancia ejecutora del programa y personal especializado en la materia que se dictamine dada la naturaleza específica de los proyectos, tanto de la SSA como de otras instituciones, asociaciones y academias del sector salud.

El Comité fijará los criterios de evaluación de los proyectos que se divulgarán a través de los medios de difusión del programa.

La instancia ejecutora del programa podrá auxiliarse o derivar la evaluación de los proyectos o acciones en terceros debidamente calificados para este propósito.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSA, en el ámbito de sus atribuciones y como instancia que administra el presente programa, podrá en cualquier momento, dar seguimiento y evaluar la aplicación de los recursos para los fines a los que fueron otorgados, independientemente de las acciones que realice el Órgano Interno de Control de la propia Secretaría de Salud o la SECODAM.

4.4.2 DERECHOS Y OBLIGACIONES.

Los beneficiarios del programa adquieren el derecho de recibir la asesoría técnica y capacitación necesaria para la ejecución e implementación del proyecto. Asimismo, los bienes que se adquieran para el monitoreo de índices de calidad pasarán a ser parte del activo de la unidad prestadora de los servicios de salud.

Los beneficiarios de los recursos se obligan a ejercer los apoyos exclusivamente para los fines del proyecto o acción, en forma transparente y a cumplir con los tiempos definidos para su consecución y de obtener los productos específicos que incidan en la calidad de los servicios de salud.

4.4.3 CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LOS APOYOS.

Podrán ser retenidos o suspendidos de manera temporal o definitiva el suministro de los recursos en aquellos casos en que el desarrollo de los proyectos:

- No cumpla con el objetivo para el cual fueron diseñados y autorizados.
- No se presenten informes sobre su avance a petición expresa de la instancia que los avaló o de la Secretaría de Salud, indistintamente.
- No atiendan las recomendaciones de carácter técnico que emita la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la única instancia que tendrá la facultad para determinar la suspensión de los apoyos federales. Asimismo, podrá solicitar a los beneficiarios de los apoyos la información financiera y técnica sobre la aplicación de los recursos del programa. Para ello, si lo considera conveniente, pedirá la opinión de los Servicios Estatales de Salud o, en su caso, de los Comités Estatales de Calidad o de la institución que promueve y respalda el proyecto.

5. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS.

5.1. COORDINACIÓN INSTITUCIONAL.

La Secretaría de Salud y las entidades federativas deberán realizar acciones de coordinación con otras dependencias y organismos públicos con el fin de evitar la duplicidad de acciones en una misma población beneficiada.

5.1.1. INSTANCIAS EJECUTORAS.

La coordinación del Programa estará a cargo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la SSA.

5.1.2. INSTANCIAS NORMATIVAS.

La DGCES atenderá los criterios y recomendaciones para la evaluación y seguimiento del programa que, en su caso, le señale la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud.

Asimismo, evaluará las observaciones y señalamientos que le realicen sobre el desarrollo del Programa los Servicios Estatales de Salud de las entidades federativas, los Comités Estatales de Salud, las Jurisdicciones Sanitarias y la población, en su caso, para un adecuado seguimiento y supervisión de los recursos.

5.1.3. INSTANCIAS DE CONTROL Y VIGILANCIA.

La Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM) y/o el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud, en uso de sus atribuciones podrán revisar, evaluar y dar seguimiento sobre la correcta aplicación de los recursos y el cumplimiento de metas del programa.

6. MECÁNICA DE OPERACIÓN.

6.1 DIFUSIÓN.

Para la operación del programa la Secretaría de Salud, de acuerdo al tipo de proyecto o acción, emitirá las convocatorias respectivas en las que se establecerán los términos y contenidos mínimos a ser considerados para que los interesados se inscriban en el proceso de selección, presenten su proyecto, programa de trabajo y solicitud de apoyo.

De acuerdo con lo establecido en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación estas reglas de operación estarán disponibles en el sitio de Internet de la SSA (<http://www.ssa.gob.mx>) lo cual deberá hacerse de conocimiento público en la convocatoria y documentación del programa; además en los formatos de solicitud de participación en el programa, deberán mencionarse los criterios de selección, los mecanismos para garantizar la transparencia del proceso de asignación de recursos, incluyendo además la leyenda "Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente".

Asimismo, el catálogo de proyectos, acciones y beneficiarios seleccionados serán publicados en la página electrónica de la Secretaría de Salud.

6.2 PROMOCIÓN.

La Secretaría de Salud promoverá con oportunidad las acciones del programa, a efecto de que participen de manera abierta y transparente los posibles beneficiarios con el propósito de lograr los objetivos de la Cruzada Nacional, privilegiando los medios de comunicación interna.

6.3 EJECUCIÓN.

La implementación del programa procurará la coordinación entre la federación y las entidades federativas, para ello:

a) Se notificará a los Servicios de Salud Estatales y Comités Estatales de Calidad, en su caso, los proyectos y beneficiarios seleccionados en su entidad federativa que resulten acreedores de apoyos técnicos y financieros, a fin de que coadyuven en acciones de seguimiento previamente concertadas.

b) Se proveerán los apoyos financieros a través de los Servicios Estatales de Salud, por medio de ministraciones totales o parciales, según la naturaleza del proyecto o acción, previa valoración que de este hecho realice la autoridad federal responsable del programa, a fin de garantizar la ejecución de los proyectos.

c) Las ministraciones y mecanismos de flujo financiero atenderán los criterios y lineamientos que en materia presupuestal y programática señale la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud, en apego a la normatividad aplicable para este efecto.

d) Los Servicios Estatales de Salud, a su vez, ministrarán los apoyos financieros a los beneficiarios previa concertación con la autoridad federal responsable del programa en los términos de la normatividad aplicable en la materia.

e) Se establecerán acuerdos de resultados con los beneficiarios de los recursos del programa a efecto de dar seguimiento a los proyectos financiados, mismos que contemplarán la revisión y cumplimiento de indicadores que se deriven de los propios proyectos a fin de garantizar su consecución e implementación para fines de la Cruzada Nacional.

f) En el caso de convenios, reuniones de capacitación regionales, estatales y nacionales, plataforma tecnológica para el monitoreo de indicadores, monitoreo social, asesorías y consultorías, operación administrativa y difusión del programa, se estará con lo dispuesto en la normatividad aplicable para el ejercicio de los recursos.

6.3.1. CONTRALORÍA SOCIAL.

Con el propósito de incorporar a la ciudadanía en el control, vigilancia y evaluación del programa, la Secretaría de Salud y las Instituciones participantes promoverán la participación social fomentando y estableciendo acciones tendientes a informar a la ciudadanía y específicamente a los beneficiarios del programa, acerca de los apoyos otorgados, con el fin de que los propios beneficiarios se constituyan en instancias de contraloría social, para consolidar espacios de comunicación, gobiernos y/o sociedad, se establezcan programas de capacitación e implementen mecanismos directos de captación de quejas y denuncias. Dichas acciones se harán, en lo que corresponde, con la SECODAM a través de la Dirección General de Operación Regional y Contraloría Social. Los interesados y la población en general podrán recurrir, además, a la Contraloría Interna de la propia Secretaría de Salud o directamente en la instancia del responsable del programa, a presentar sus quejas, sugerencias o denuncias respecto a la operación del mismo.

7. INFORMES PROGRAMÁTICO-PRESUPUESTARIOS.

7.1. AVANCES FÍSICOS FINANCIEROS.

De conformidad con el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio 2002, La Dirección General de Calidad y Educación en Salud presentará informes trimestrales sobre el Presupuesto Ejercido, a nivel de capítulo y concepto del gasto, así como el cumplimiento de las metas y objetivos, con base en los indicadores de resultados previstos en las presentes reglas.

La instancia ejecutora formulará los reportes señalados emitiéndolos a la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud quién los pondrá a disposición de las instancias de control facultadas para su revisión, enviando por medios magnéticos a la SECODAM, acumulados trimestrales durante la primera semana de los meses de abril, julio y octubre del 2002 y enero del 2003.

7.2. CIERRE DEL EJERCICIO.

De conformidad con el artículo 58 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2002 los recursos del programa que no se destinen a los fines autorizados y aquellos que al cierre del ejercicio no se hayan devengado deberán reintegrarse a la Tesorería de la Federación.

Al cierre del ejercicio fiscal se presentará una evaluación de resultados del programa a efecto de que sea considerado en el análisis y aprobación del presupuesto respectivo para el ejercicio fiscal siguiente. Dicho informe contemplará la evaluación interna y externa que del programa se realice.

La instancia ejecutora del programa integrará el cierre del ejercicio anual del programa, debidamente validado, remitiéndolo por medios magnéticos a más tardar el día último del mes de enero del ejercicio fiscal 2003 a su nivel central y a la SECODAM a través del Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud.

8. EVALUACIÓN.

8.1 INTERNA.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud promoverá acciones de evaluación de los recursos y el cumplimiento de los objetivos para los cuales fueron asignados, a efecto de dar seguimiento y ponderar los avances del programa en relación a los objetivos planteados.

La Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud podrá coadyuvar, de conformidad con sus atribuciones, en el proceso de evaluación interna.

8.2. EXTERNA.

En los términos del artículo 63, fracción V, inciso b) del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2002, la Secretaría de Salud designará a la Institución Académica o de Investigación que cuente con reconocimiento y experiencia en la materia, para la evaluación del programa.

9. INDICADORES DE RESULTADOS.

Con la finalidad de evaluar cuantitativa y cualitativamente la operación del programa durante el periodo, se utilizarán los siguientes criterios e indicadores:

- a) De impacto: Porcentaje de unidades prestadoras de servicios de salud que cumplen con los estándares del programa, del total de unidades que recibieron apoyos financieros.
- b) De cobertura: Porcentaje de proyectos apoyados financieramente, del total de solicitudes de apoyo recibidas.
- c) De eficacia: Porcentaje de cumplimiento de las metas convenidas en los proyectos apoyados financieramente, del total de apoyos otorgados.

10. SEGUIMIENTO, CONTROL Y AUDITORÍA.

10.1 ATRIBUCIONES.

Considerando que los recursos que la Federación otorga a través de este programa no pierden su carácter federal, su ejercicio está sujeto a las disposiciones federales aplicables, que serán auditadas por la SECODAM a través de la Dirección General de Operación Regional y Contraloría Social, por el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud y, en su caso, por la Unidad de la Auditoría Gubernamental de la SECODAM y auditores independientes, en coordinación con los Órganos Estatales de Control en cumplimiento a los Acuerdos de Control que al respecto suscriban el titular de la SECODAM con los Ejecutivos Estatales; la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; la Auditoría Superior de la Federación, y demás instancias que en ámbito de sus respectivas atribuciones, resulten competentes para ello.

10.2. OBJETIVO.

Con el propósito de transparentar ante la comunidad en general el manejo de los recursos públicos, se realizarán acciones de control basadas en la revisión del flujo financiero de los recursos autorizados, ministrados, liberados y ejercidos, su comprobación y la inspección física de los proyectos realizados:

10.3 RESULTADOS Y SEGUIMIENTO.

Como resultado de las acciones de control que se lleven a cabo, la instancia que la realiza mantendrá un control interno que permita emitir informes de las revisiones efectuadas y de las metas logradas en el programa, así como dar el seguimiento adecuado de las anomalías detectadas hasta su total solventación. La inobservancia de esta disposición limitará la administración de recursos federales en el siguiente ejercicio presupuestal.

11. QUEJAS Y DENUNCIAS.

11. 1 MECANISMOS, INSTANCIAS Y CANALES.

Las quejas y denuncias de la ciudadanía en general se podrán recibir de manera personal o escrita en la instancia ejecutora del programa ubicada en Homero 213, piso 12, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, México, D. F.; en la página Web de la Secretaría www.ssa.gob.mx; a través de la Contraloría Interna ubicada en Carretera Picacho Ajusco 154, Col. Jardines en la Montaña, Deleg. Tlalpan, C.P. 14210, México, D.F., o a la SECODAM por medio de SACTEL al 01 800 00 148 00 en el interior de la República o al 54 80 20 00 en la Ciudad de México.

TRANSITORIOS

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

México, Distrito Federal, a los catorce días del mes de marzo del año dos mil dos.-El Secretario de Salud **Julio José Frenk Mora**.- Rúbrica



COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
ANEXO IV, DECLARATORIA DE CASO

CNPSS/DC

EF		CR		NÚMERO					

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Edad: años meses días

Sexo: Fem Masc

CURP:

2. CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA:

Diagnóstico de Gasto Catastrófico:

CIE

Diagnóstico (s) secundario (s) 1) -----

2) -----

Fecha de ingreso:

Tipo de atención requerida

EXCLUSIVO
SPSS

Urgente en un tiempo máximo de -----

Efectiva en un tiempo máximo de -----

El Jefe de Servicios Médicos adscrito al Hospital ----- CERTIFICA que la presente Declaratoria corresponde a un Caso Nuevo o Programado de Poner aquí del padecimiento de que se trata.*****

SÍ

☐

NO

☐

Fecha de confirmación de diagnóstico -----

3. RESPONSABLE (S) DE LA CERTIFICACIÓN

Sección Clínica

Nombre y Cédula Profesional del Jefe
de Servicios de la Especialidad del Hospital

Anexo V. Transferencia de Recursos.

Transferencia Prospectiva de Recursos

El Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, por conducto del Secretario Ejecutivo, deberá observar la Normativa Aplicable con el propósito de liberar los recursos de una transferencia prospectiva tomando en cuenta el procedimiento siguiente:

- A) La Comisión estimará el número de casos esperados por padecimiento y tratamiento asociado por Prestador de Servicios Médicos. Esta estimación se realizará en forma anual, para ello podrá solicitar al Prestador de servicios la información necesaria.
- B) Con base en lo anterior, la Comisión integrará el presupuesto de los recursos del Fideicomiso por Prestador de Servicios Médicos.
- C) Al inicio del trimestre acordado, la Comisión realizará una transferencia de recursos correspondiente al 5% del total de recursos que resulte de multiplicar el número de casos esperado en dicho período conforme al inciso "A", por la tarifa establecida. El Prestador de servicios emitirá un recibo a la Comisión por la recepción de dichos recursos.
- D) Al final del año, la Comisión realizará un balance de los recursos desembolsados prospectivamente y, en su caso, llevará a cabo el ajuste financiero del desembolso complementario siguiente, de acuerdo a los criterios que se enuncian a continuación:
 - 1) Si al término del año, la transferencia prospectiva resulta mayor que el resultado del monto de los casos efectivamente atendidos en el año de que se trata, se restará la diferencia a la transferencia prospectiva del año inmediato posterior.
 - 2) Si al término del año, la transferencia prospectiva resulta menor que el resultado del monto de los casos efectivamente atendidos en el año de que se trata, se sumará la diferencia a la transferencia prospectiva del año inmediato posterior.

Transferencia Complementaria de Recursos

El Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, por conducto del Secretario Ejecutivo, deberá observar la Normativa Aplicable con el propósito de liberar los recursos de una transferencia complementaria tomando en cuenta el procedimiento siguiente:

- A) La Comisión, recibirá trimestralmente de los Prestadores de Servicios, la(s) Declaratoria(s) de Caso(s) emitidas por los médicos responsables de la atención de los pacientes
- B) La Comisión revisará la(s) ratificación (es) diagnóstica(s) de la enfermedad por paciente, remitidas por el Prestador de Servicios Médicos en la(s) Declaratoria(s) de Caso(s).
- C) La Comisión recibirá trimestralmente la Solicitud de Recursos para la transferencia complementaria emitida por el Prestador de Servicios Médicos, incluyendo las facturas que la amparan los gastos realizados en el periodo, tomando en cuenta las tarifas establecidas en el Convenio.
- D) La Comisión verificará que las facturas que amparan cada transferencia complementaria, correspondan al esquema de apoyo económico autorizado
- E) El prestador de Servicios estará obligado a emitir un recibo al Fideicomiso, a través de la Comisión, por los recursos que se le otorguen.

Transferencia por Caso Programado

Para efecto de este tipo de transferencia, se entiende por **Caso Programado**, todo aquel caso diagnosticado y confirmado por estudios.

El Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, por conducto del Secretario Ejecutivo, deberá observar la Normativa Aplicable con el propósito de liberar los recursos de una transferencia por caso programado tomando en cuenta el procedimiento siguiente:

- A) La Comisión, recibirá de los Prestadores de Servicios, la(s) Declaratoria(s) de Caso(s) Programado(s) emitidas por los médicos responsables de la atención de los pacientes.
- B) La Comisión revisará la(s) ratificación(es) diagnóstica(s) de la enfermedad por paciente, remitidas por el Prestador de Servicios Médicos en la(s) Declaratoria(s) de Caso(s) Programado(s).
- C) La Comisión realizará una transferencia de recursos correspondiente al 40% del total de recursos que resulte de multiplicar el número de casos programados por la tarifa establecida. El Prestador de servicios emitirá un recibo a la Comisión por la recepción de dichos recursos
- D) La Comisión recibirá la Solicitud de Recursos para la transferencia complementaria con la(s) Declaratoria(s) de Caso(s) emitidas por los médicos responsables de los pacientes ya atendidos, incluyendo las facturas que la amparan los gastos realizados, tomando en cuenta las tarifas establecidas en el Convenio.
- E) La Comisión verificará que las facturas que ampara cada transferencia complementaria, correspondan al esquema de apoyo económico autorizado.
- F) El prestador de Servicios estará obligado a emitir un recibo al Fideicomiso, a través de la Comisión, por los recursos que se le otorguen.

Para tener acceso a los recursos provenientes de las transferencias complementarias el Prestador de Servicios enviará a la Comisión una solicitud de recursos, adjuntando a la misma la información que soporte el apoyo económico por la atención de los pacientes beneficiarios materia del Convenio, ello de conformidad con los formatos y descripciones que a continuación se presentan:

La Solicitud de Recursos será un formato utilizado únicamente para la transferencia de recursos por caso programado o complementarios. Se emitirá por parte del Prestador de Servicios, y remitido en forma trimestral o por declaratoria(s) de caso(s) programado(s) a la Comisión, tomando en cuenta para ello el número de casos programados o declarados y atendidos en el período correspondiente, por lo que invariablemente deberá ser enviada anexando las facturas que amparan los gastos realizados en la atención de los casos declarados y atendidos en dicho periodo, y en concordancia con las tarifas autorizadas en el Convenio.

La Solicitud de Recursos tomará en cuenta los siguientes elementos:

I. Nombre del Prestador de Servicios:

II. Período Correspondiente:

III. Número de casos programados o declarados y atendidos en el período correspondiente.

IV. Monto de los Recursos Solicitados (cantidad y letra):

V. Nombre y Firma del Responsable que solicita (quien suscribe el convenio).

La Solicitud de Recursos será dirigida al Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, en su carácter de Presidente del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, con copia al Secretario Ejecutivo de dicho Comité, utilizando para ello formato de oficio con membrete oficial, con cinco días hábiles anteriores al vencimiento de cada período.

Las solicitudes de recursos serán revisadas por la Comisión y en caso de presentar inconsistencias serán devueltas al Prestador de Servicios Médicos, para su aclaración o ajustes.

Cuando se haya concluido el tratamiento del paciente, el Prestador de Servicios Médicos deberá notificar a la Comisión el cumplimiento del plan terapéutico y el otorgamiento de la alta médica del beneficiario para los efectos procedentes. Una vez cumplido lo anterior, se darán por finiquitados los apoyos económicos con cargo al Fideicomiso.