

DOF: 24/04/2015

**ACUERDO mediante el cual se establecen los Lineamientos para la compensación económica del Sistema de Protección Social en Salud.****Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.**

MARÍA DE LAS MERCEDES MARTHA JUAN LÓPEZ, Secretaria de Salud, con fundamento en los artículos 39, fracción XXIV, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 77 bis 5 inciso A, fracción XVI, 77 bis 11 y 77 bis 15 de la Ley General de Salud; 7, fracción XVIII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

**CONSIDERANDO**

Que en términos del artículo 77 bis 5 inciso A, fracción XVI de la Ley General de Salud, le corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud, previa opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;

Que conforme a lo dispuesto por el artículo 77 bis 11, de la Ley General de Salud, la Federación por conducto de la Secretaría de Salud, está facultada, en los casos de incumplimiento de obligaciones de pago por la prestación de servicios de salud a la persona, pactadas en los convenios de colaboración celebrados por las entidades federativas, a destinar al Régimen Estatal de Protección Social en Salud acreedor, el monto del pago que resulte por la prestación de dichos servicios, con cargo a los recursos federales que por concepto de cuota social y aportación solidaria federal, deban transferirse a las entidades federativas cuyo Régimen Estatal de Protección Social en Salud, sea considerado deudor, como pago de los casos validados y no rechazados;

Que con base en el artículo 77 bis 15, último párrafo, de la Ley General de Salud, cuando una persona elegible beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud sea atendida en cualquier establecimiento de salud del sector público de carácter federal, la Secretaría de Salud canalizará directamente, con cargo a los recursos federales por concepto de cuota social y aportación solidaria federal, a dicho establecimiento, el monto correspondiente a las intervenciones prestadas, que deban transferirse al respectivo Régimen Estatal de Protección Social en Salud, de acuerdo a los lineamientos que para tal efecto emita la propia Secretaría de Salud, y

Que en ejercicio de las atribuciones que me confieren las disposiciones jurídicas antes invocadas, previa opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, he tenido a bien expedir el siguiente

**ACUERDO MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS PARA LA COMPENSACIÓN ECONÓMICA DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

**Primero.** El presente Acuerdo tiene por objeto establecer los lineamientos para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del sector público de carácter federal del Sistema Nacional de Salud, por concepto de prestación de servicios de salud a las personas inscritas en el padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, conforme a la cobertura del Catálogo Universal de Servicios de Salud.

**Segundo.** Para efectos de este Acuerdo, se entenderá, en singular o plural, por:

- I. **Beneficiario:** la persona inscrita en el padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que cuenta con póliza de afiliación vigente;
- II. **CAUSES:** el Catálogo Universal de Servicios de Salud, establecido por la Comisión;
- III. **Comisión:** la Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
- IV. **Compensación Económica:** los mecanismos de pago definidos en el artículo 118, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud;
- V. **Establecimientos Públicos de Salud Estatales:** las instituciones y los establecimientos de salud pertenecientes a los Servicios Estatales de Salud de una entidad federativa, incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, de conformidad con lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables;
- VI. **Establecimientos Públicos de Salud Federales:** las instituciones y los establecimientos de salud de carácter federal;
- VII. **FPGC:** el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos a que hace referencia el Capítulo Sexto del Título Tercero Bis de la Ley General de Salud;
- VIII. **Ley:** la Ley General de Salud;
- IX. **Póliza de Afiliación:** el documento emitido por el programa informático del Padrón que sirve al Beneficiario como comprobante de su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud;
- X. **Reglamento:** el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud;
- XI. **REPSS:** los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud;
- XII. **Secretaría:** la Secretaría de Salud;

**XIII. SESA:** los Servicios Estatales de Salud;

**XIV. Sistema de Protección:** el Sistema de Protección Social en Salud, y

**XV. Sistema Electrónico:** la herramienta informática que permita operar el Sistema de Compensación Económica, de conformidad con el artículo 120 del Reglamento.

**Tercero.** El presente Acuerdo será obligatorio para la Comisión, los Establecimientos Públicos de Salud Federales y Estatales, los REPSS, los SESA y, en su caso, las instancias rectoras locales a que se refiere el artículo 2, fracción II, del Reglamento, en el ámbito de sus respectivas competencias.

**Cuarto.** Corresponde a la Secretaría, a través de la Comisión, interpretar para efectos administrativos el presente Acuerdo y resolver los casos no previstos en el mismo, así como los supuestos en que exista duda sobre el rechazo de casos.

**Quinto.** Los Establecimientos Públicos de Salud Federales y Estatales en cumplimiento del objeto del presente Acuerdo, se sujetarán a los tabuladores de pago establecidos para la prestación de intervenciones cubiertas conforme a lo señalado en el CAUSES.

**Sexto.** Para los efectos de este Acuerdo, se considera persona elegible al Beneficiario que para su atención en alguno de los Establecimientos Públicos de Salud Federales, debe ser referido por los SESA de la entidad federativa en la que se encuentre afiliado. Asimismo, los SESA deberán dar aviso al REPSS de la entidad federativa a la que pertenezcan, de cada paciente referido a un Establecimiento Público de Salud Federal.

Sólo para los casos en que un Beneficiario presente una urgencia médica, podrá acudir sin la referencia a que hace mención el párrafo anterior, o bien si el Beneficiario es atendido en el Establecimiento Público de Salud Federal por alguna patología cubierta por el FPGC que, además, presente comorbilidad con alguna intervención del CAUSES.

**Séptimo.** Para los efectos del presente Acuerdo, la Comisión formulará protocolos médico-técnicos de cobertura del CAUSES, de los servicios que presten los Establecimientos Públicos de Salud Federales, que se incluirán como anexos de los convenios de colaboración. Dichos protocolos incluirán el límite de eventos a pagar por año y los tabuladores de pago conforme a las características de cobertura de cada intervención.

**Octavo.** El Sistema Electrónico estará a cargo de la Comisión e incluirá los elementos siguientes:

- I. Información sobre el estado de acreditación vigente de los Establecimientos Públicos de Salud Federales y Estatales, y
- II. La plataforma informática para el registro, validación o rechazo de casos que atiendan los Establecimientos Públicos de Salud Federales y Estatales, en términos del artículo 120 del Reglamento, la cual contendrá al menos lo siguiente:
  - a) Datos generales del paciente;
  - b) Clave Única de Registro de Población;
  - c) Número de Póliza de Afiliación;
  - d) Las intervenciones del CAUSES, de conformidad con la oferta de servicios de cada establecimiento de salud;
  - e) Los tabuladores de precios;
  - f) Clasificación (Clave CIE-10 y CIE-9 MC sólo para Establecimientos Públicos de Salud Federales);
  - g) Número de eventos, conforme a lo señalado en los protocolos médico-técnicos a los que se hace referencia en el lineamiento Séptimo;
  - h) Los montos a favor y adeudos de cada REPSS y Establecimiento Público de Salud Federal, y
  - i) Los pagos realizados por los REPSS.

La información anterior, estará disponible en todo momento para las autoridades competentes para fines de supervisión y fiscalización. Asimismo, dicha información será resguardada por el Establecimiento Público de Salud Federal en el que se prestó la intervención o por el REPSS de la entidad federativa prestadora del servicio. Lo anterior, en términos de la legislación aplicable en materia de transparencia, protección de datos personales y archivos.

**Noveno.** Será responsabilidad del REPSS acreedor o de los Establecimientos Públicos de Salud Federales, según sea el caso, la realización de las acciones siguientes:

- I. Verificar la veracidad de la información de los casos atendidos;
- II. Integrar dicha información y registrarla en la plataforma informática;
- III. Integrar el expediente para gestionar la Compensación Económica correspondiente, el cual deberá contener al menos lo siguiente:
  - a. Copia de la Póliza de Afiliación;
  - b. Copia de identificación oficial del Beneficiario o, en su caso, del padre o tutor (credencial para votar, cédula profesional, pasaporte, cartilla del Servicio Militar Nacional con antigüedad no mayor a diez años, licencia de

manejo, carta de autoridad local). En el caso de menores de edad emancipados o embarazadas, podrán presentar el último certificado de estudios;

- c. Resumen clínico o informe médico;
- d. Constancia de recepción del servicio, firmada por el Beneficiario o, en su caso, por el cónyuge, padre, tutor o familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad, y
- e. Si la atención se proporcionó en Establecimientos Públicos de Salud Federales, también se integrará la hoja de ingreso de urgencias o la hoja de referencia y contrarreferencia.

**IV.** Subsanan los motivos que, en su caso, originaron el rechazo del servicio prestado.

**Décimo.** Una vez generado el registro de los casos que se atendieron, los REPSS validarán o rechazarán los mismos a través del Sistema Electrónico, cumpliendo con los requisitos establecidos en el presente Acuerdo y en las demás disposiciones jurídicas aplicables, así como con las obligaciones pactadas en los convenios que se celebren.

**Décimo Primero.** Una vez que el REPSS deudor valide el caso atendido por un Establecimiento Público de Salud Estatal, el REPSS acreedor al que pertenezca dicho establecimiento, podrá solicitar la Compensación Económica.

Cuando los casos atendidos validados correspondan a un Establecimiento Público de Salud Federal, éste en su calidad de acreedor, solicitará a la Comisión se lleve a cabo la Compensación Económica.

**Décimo Segundo.** Para los efectos del presente Acuerdo, el REPSS deudor podrá rechazar la petición de pago, cuando el REPSS acreedor no acredite que:

- I. El Establecimiento Público de Salud Federal o Estatal, está debidamente acreditado;
- II. La identidad del Beneficiario está debidamente acreditada;
- III. La intervención que se pretende cobrar, efectivamente se prestó;
- IV. La intervención que se prestó, está incluida en el CAUSES;
- V. Cumplir con todos los requisitos para la integración del expediente para la gestión del pago, y
- VI. En general, que la intervención que se pretende cobrar, se apega a lo establecido en el presente Acuerdo.

**Décimo Tercero.** El rechazo a que se refiere el lineamiento anterior, deberá ser informado por parte del REPSS deudor, al Establecimiento Público de Salud Federal que haya prestado el servicio o, en su caso, al REPSS acreedor, a través del Sistema Electrónico.

El REPSS acreedor o el Establecimiento Público de Salud Federal, que haya prestado el servicio, contará con un plazo de hasta cinco días hábiles, para subsanar los requisitos omitidos que generaron el rechazo por parte del REPSS deudor. Al término de dicho plazo, el REPSS deudor, dentro de los cinco días hábiles siguientes, determinará en definitiva la validación o rechazo del caso.

**Décimo Cuarto.** Cuando el REPSS deudor no se pronuncie respecto de la validación o rechazo del caso en un plazo de quince días hábiles a partir de la fecha de registro del caso o de la fecha en que se haya subsanado el requisito omitido, se entenderá como validado el caso, siempre y cuando, se cumpla con los requisitos establecidos en el presente Acuerdo y en las demás disposiciones jurídicas aplicables, así como con las obligaciones pactadas en los convenios que se celebren.

**Décimo Quinto.** El REPSS acreedor podrá solicitar la intervención de la Comisión para la aplicación de la Compensación Económica, cuando exista un incumplimiento de pago por un periodo mayor a quince días hábiles, a partir de la fecha en que el caso haya quedado validado.

**Décimo Sexto.** Una vez que la Comisión ha determinado la procedencia de la Compensación Económica, en los casos a que se refieren los lineamientos Décimo Cuarto y Décimo Quinto de este Acuerdo, lo notificará al REPSS deudor, desglosando aquellos casos y montos que la Comisión, por cuenta y orden de la entidad federativa deudora, enviará por este concepto a la entidad federativa acreedora o Establecimiento Público de Salud Federal, a efecto de que lo informe a la Secretaría de Finanzas o equivalente en la entidad federativa, para que el comprobante de egresos que emita por los recursos federales correspondientes a la cuota social y aportación solidaria federal que le correspondan, consideren dichos pagos.

La Comisión deberá aplicar lo establecido en el párrafo anterior, en la subsecuente transferencia de recursos federales a la entidad federativa deudora, hasta por el monto máximo que resulte del cálculo mensual que le aplique a la misma.

Asimismo, la Comisión deberá notificar al REPSS acreedor o al Establecimiento Público de Salud Federal, el monto de dichos recursos, para efecto de los registros contables y administrativos correspondientes.

#### TRANSITORIOS

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

**SEGUNDO.** Hasta en tanto se encuentren en funcionamiento las herramientas de interoperabilidad del Sistema Electrónico a que hace referencia el presente Acuerdo, las comunicaciones que se deban realizar a través del mismo se harán de manera escrita.

**TERCERO.** Las obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud que se encuentren reconocidas en términos de los convenios de colaboración celebrados entre las entidades federativas, que a la fecha de la entrada en vigor del presente

Acuerdo, se encuentren pendientes de pago, serán cumplidas conforme a las disposiciones jurídicas vigentes al momento en que se generaron.

Dado en la Ciudad de México, a 16 de abril de 2015.- La Secretaria de Salud, **María de las Mercedes Martha Juan López**.-  
Rúbrica.