ANEXO V
TUTELA DE DERECHOS
2015

Desde su creación en el año 2004, el Sistema de Protección Social en Salud ha adquirido un mayor alcance en cuanto a su cobertura, logrando consolidarse como un mecanismo eficaz para garantizar el derecho a la protección de la salud, previsto por el artículo 4° constitucional; lo anterior se refleja en el incremento sostenido del número de afiliados y el presupuesto asignado para su funcionamiento y efectividad; esto conlleva a realizar acciones que propicien que el sistema se logre constituir como uno de los mecanismos principales para tutelar el derecho a la salud, para ello **"La Entidad"** impulsará las siguientes acciones para hacer valer los derechos y obligaciones de los beneficiarios que el propio Sistema contempla:

1. GESTOR DEL SEGURO POPULAR

De conformidad con lo que señalan los "Lineamientos Generales que Establecen los Criterios para la Programación y Ejercicio de los Recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud". **"La Entidad",** a través del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), implementará las medidas administrativas y operativas necesarias para garantizar que exista el número mínimo sugerido de gestores del seguro popular fijos e itinerantes, mismos que deberán depender administrativamente del REPSS y apegarse operativamente a las funciones establecidas por el manual vigente.

2. ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD.

De conformidad con lo establecido en el anexo IV, las acciones de promoción y prevención de la salud, deberán ser programadas con un diagnóstico de salud del estado, en conjunto por el REPSS y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, en apego a la normatividad vigente emitida por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Comisión) con base en los "Criterios, Bases y Procedimientos para la Programación de Recursos del 20% del anexo IV a las Acciones de Promoción, Prevención y Detección Oportuna de Enfermedades".

Como parte de las acciones de promoción y prevención de la salud, **"La Entidad",** garantizará la aplicación de la estrategia de consulta segura a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, al momento de su afiliación o re-afiliación, sin patología identificada, asimismo dará seguimiento y atención médica dentro de la cobertura de las carteras del propio Sistema.

"La Entidad", enviará trimestralmente a la Comisión, informes respecto de la aplicación de la estrategia de consulta segura.

3. SUSCRIPCIÓN DE CONVENIOS DE GESTIÓN

De conformidad con los artículos 77 bis 5 apartado B), fracciones I y VII, 77 bis 36, 77 bis 37 y 77 bis 38 de la Ley General de Salud; 13 y 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, el Régimen Estatal de Protección Social en Salud y la Secretaría de Salud de la Entidad Federativa, formalizarán los convenios y/o acuerdos de gestión para que los establecimientos para la atención

médica de la propia entidad proporcionen los servicios de salud a los beneficiarios del Sistema. Asimismo, celebrarán dichos instrumentos jurídicos con otras entidades federativas, así como con las instituciones o establecimientos del Sistema Nacional de Salud incorporados al Sistema, en los que se deberán estipular criterios homogéneos y transparentes en la atención de los beneficiarios que propicien la igualdad, el acceso oportuno, la entrega de medicamentos y la seguridad mediante condiciones de calidad.

"La Entidad" enviará a la Comisión a más tardar el 31 de diciembre del año 2015, un informe con respecto a la suscripción de dichos convenios, asimismo mantendrá la vigencia de los mismos.

4. MODELO DE SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD (MOSSESS)

"La Entidad" a través del REPSS será responsable de la implementación del MOSSESS, deberá prever y gestionar anualmente los recursos necesarios para su operación permanente. Asimismo, a través de su área de Gestión de Servicios de Salud, planeará, coordinará y dará seguimiento a las actividades relacionadas con dicho MOSSESS, por lo que resguardará, integrará y analizará la información de los resultados obtenidos a nivel estatal.

El REPSS será el responsable de generar e integrar las cédulas de supervisión y los informes finales con las recomendaciones de mejora de los servicios, a través de los formatos y mecanismos que se establezcan en los criterios que para tal efecto emita la Comisión, por lo que deberá entregar los resultados a los prestadores de servicios, para subsanar los hallazgos que les resultaron desfavorables.

"La Entidad" a través de los Servicios Estatales de Salud (SESA) y los establecimientos para la atención médica incorporados al Sistema, **deberán facilitar el acceso al equipo de supervisión del REPSS, asimismo** deberán atender los resultados y/o recomendaciones realizadas.

Las principales áreas de supervisión serán: acreditación (criterios mayores), redes de servicios, expediente clínico, acciones de prevención y promoción a la salud, abasto de medicamentos e insumos, surtimiento de recetas, conocimiento del CAUSES, FPGC y SMSXXI, actividades de los Gestores del Seguro Popular, satisfacción del beneficiario, diferimiento quirúrgico, material de osteosíntesis y gasto de bolsillo.

La Comisión realizará las actividades de acompañamiento y supervisión de las actividades relacionadas con la implementación del MOSSESS.

5. RED DE SERVICIOS

"La Entidad" elaborará la Red de Servicios de las unidades médicas a través de las cuales presta los servicios de salud a los beneficiarios del Sistema, la que deberá estar desglosada por cartera de servicios (CAUSES, FPGC, SMSXXI), de igual forma por nivel de atención locales o federales.

"La Entidad" actualizará semestralmente la red de servicios y enviará a la Comisión la información correspondiente en los meses de enero y julio. Adicionalmente deberá publicarla en su página oficial de internet y realizará las acciones correspondientes para la promoción y difusión a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

"La Entidad", por conducto del REPSS, divulgará entre los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud sus derechos y obligaciones e impulsará el establecimiento de unidades de atención al beneficiario encargadas de la tutela de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

Progresivamente, el REPSS impulsará en la red de servicios, la integración de organizaciones de beneficiarios que se constituirán como avales ciudadanos de los resultados de calidad en lo referente al trato digno que debe proporcionarse en los centros de atención del área geográfica correspondiente. Asimismo, facilitará las condiciones para que otras modalidades de participación ciudadana coadyuven a una adecuada prestación de los servicios.

6. GASTO DE BOLSILLO

En cumplimiento al artículo 77 bis 1 y 77 bis 21 de la Ley General de Salud, "La Entidad" adoptará las medidas necesarias para que el beneficiario del Sistema, no realice pago por intervenciones, medicamentos o insumos contenidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, las intervenciones cubiertas del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y las del Seguro Médico Siglo XXI. Sin perjuicio de lo anterior, se deberá observar lo establecido en el artículo 77 bis 28 de la citada Ley, para los servicios que determine el Consejo de Salubridad General.

"La Entidad" deberá establecer los mecanismos correspondientes para reintegrar al beneficiario el gasto de bolsillo que haya realizado por las intervenciones, insumos o medicamentos contemplados en el CAUSES. En todos los casos el beneficiario acreditará con la documentación que para tal efecto determine **"La Entidad"** el gasto de bolsillo a reintegrar.

No procederá el reintegro por intervenciones realizadas en hospitales privados, si el beneficiario no se apegó a los procedimientos de referencia y contrarreferencia de la entidad, asimismo, la unidad médica privada deberá contar con dictamen de acreditación vigente y convenio suscrito con **"La Entidad"** para la atención de los beneficiarios.

Tampoco procederá el reintegro de gastos realizados por el Beneficiario para la adquisición de medicamentos o insumos de salud, cuando **"La Entidad"** demuestre que en el establecimiento de salud correspondiente contaba con el abasto o existencia del medicamento o insumo, en el momento en que le fue prescrito al beneficiario.

"La Entidad" deberá adoptar las medidas necesarias para informar a los beneficiarios, los procedimientos y requisitos para el reintegro por gasto de bolsillo, así como las condiciones en que proceda realizarlo.

7. SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN

"La Entidad" se compromete a implementar el Sistema Unificado de Gestión para recibir, responder, canalizar y dar seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias, que los beneficiarios presenten en relación con la prestación de los servicios del Sistema de Protección Social en Salud y, en su caso, aplicar las medidas correctivas necesarias para evitar deficiencias o afectación a los derechos del beneficiario en la prestación de los servicios, de conformidad con los lineamientos que emita la Comisión.

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

Por su parte, **"La Entidad"** deberá presentar de manera trimestral, en la herramienta informática que determine la Comisión, un informe de seguimiento de las preguntas, quejas y sugerencias recibidas en el periodo correspondiente.

8. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

La Comisión proporcionará a "La Entidad", a más tardar en el mes de abril, los resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios 2014, de acuerdo a los cuales "La Entidad" deberá establecer los mecanismos necesarios para la atención de recomendaciones con la finalidad de obtener en la siguiente encuesta mejores porcentajes en los resultados que le fueron desfavorables.

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

9. ABASTO DE MEDICAMENTOS

De conformidad con los términos previstos en el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación respectivo, **"La Entidad"** entregará los medicamentos contemplados en el CAUSES a los beneficiarios del sistema, asimismo implementará las acciones necesarias para proporcionar al beneficiario en forma integral el medicamento prescrito, por lo se evitará el desabasto en las unidades médicas.

10. SUBSISTEMAS DE INFORMACIÓN

Es responsabilidad de **"La Entidad",** desarrollar un sistema de información que permita dar seguimiento a los pacientes, a sus familias, a las acciones dirigidas a la personas de las intervenciones contenidas en el CAUSES en los términos previstos por el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación respectivo, el cual deberá contener al menos los siguientes rubros:

a) Prestador de servicios (nombre de la unidad, clave CLUES)
b) Número de póliza de afiliación
c) Nombre del beneficiario
d) Padecimiento del CAUSES que es atendido
e) Fecha de atención, y
f) Clave Única de Registro de Población.

Asimismo deberá reportar de forma mensual mediante el mecanismo que establezca la Comisión, la atención que reciban los afiliados en las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel, de acuerdo con las intervenciones contenidas en CAUSES vigente.

Será responsabilidad de **"La Entidad"**, la conservación y custodia de la documentación comprobatoria de los registros generados de la atención proporcionada, que avale el informe remitido, misma que deberá mantener a disposición de la Comisión, así como de los entes fiscalizadores competentes.

11. ACREDITACIÓN

Es responsabilidad de **"La Entidad"** a través de los Servicios Estatales de Salud en coordinación con el REPSS, realizar el Programa Estatal de Acreditación, de conformidad con necesidades de salud de la población y el diagnóstico integral de los establecimientos de salud, con el fin de dar cumplimiento a la acreditación de unidades médicas al mes de diciembre.

El Programa Anual debe estar validado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud y la Comisión.

La entidad federativa reportará de forma semestral a la Comisión, en los meses de junio y diciembre, los avances referentes al proceso de acreditación de cada una de las unidades que haya programado.

El presente Anexo se firma a los 10 días del mes de marzo de 2015

"SALUD"	"LA ENTIDAD FEDERATIVA"
Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud	**Por la Secretaría de Salud en el Distrito Federal**
Dr. Gabriel Jaime O´Shea Cuevas Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	**Dr. José Armando Ahued Ortega.** Secretario de Salud en el Distrito Federal.
Dr. Javier Lozano Herrera Director General de Gestión de Servicios de Salud	**C. Rubén Fernando Ramírez Ortuño** Responsable del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal.

El presente Anexo V, forma parte integral del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud