



Centro de Estudios



Sociales y de Opinión Pública



**PROGRAMA SEGURO POPULAR
DE SALUD**

Diciembre de 2004

Programa Seguro Popular de Salud

Índice

Cuadro. Programa Seguro Popular de Salud. Servicios proporcionados a la población afiliada, 2003

Cuadro. Tipos de servicios de salud proporcionados a la población abierta por el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

Cuadro. Composición del gasto federal en salud por tipo de población, 1990, 1995 y 2000 (Millones de pesos del 2000)

Cuadro. Familias afiliadas al Programa Seguro Popular de Salud por entidad federativa, municipio localidad, (acumulado al 30 de junio 2004)

Cuadro. Familias afiliadas al Programa Seguro Popular de Salud encabezadas por mujeres por entidad federativa. (acumulado al 30 de junio 2004)

Cuadro. Total de hogares, número de familias no derechohabientes y afiliadas al Programa Seguro Popular de Salud por entidad federativa y avance en porcentaje. (acumulado al 30 de junio 2004)

Cuadro. Población total, número de personas no derechohabientes y afiliadas al Programa Seguro Popular de Salud por entidad federativa (acumulado al 30 de junio 2004)

Cuadro. Número familias afiliadas por rubro en el Programa Seguro Popular de Salud por entidad federativa (acumulado al 30 de junio 2004)

Cuadro. Número de unidades, centros y hospitales incorporados al Sistema de Protección Social en Salud SPSS

Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), comparativo 2002-2003

Tipos de servicios de salud proporcionados a la población abierta por el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS

Tipo de Servicio	Institución que otorga el servicio	Servicios	Beneficiarios	Cuotas			Subsidio federal	Vigencia del servicio	
Seguro de Salud para la Familia	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	El seguro de salud para la familia garantiza a los sujetos protegidos por el mismo, el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, durante el período cubierto por la cuota correspondiente, en los términos y condiciones que se establecen en este Reglamento (Art. 1 Reglamento del Seguro de Salud para la Familia)	El titular del núcleo familiar asegurado y sus beneficiarios legales. (Art. 4 Reglamento del Seguro de Salud para la Familia)	Las cuotas por el seguro de salud para la familia deberán cubrirse por anualidad adelantada y se determinarán aplicando el 22.4 % al monto anual del salario mínimo general diario que rija en el Distrito Federal al momento de la contratación. Para calcular el monto anual, se multiplicará la cuota diaria del salario mínimo en vigor por 365 días. (Art. 24 Reglamento del Seguro de Salud para la Familia) Todos los sujetos que voluntariamente se incorporen al seguro de salud para la familia, incluidos los familiares a que se refiere el artículo anterior y cualquier familiar adicional pagarán anualmente la cuota establecida correspondiente, clasificándose por el grupo de edad a que pertenezcan. Las cuotas serán calculadas de acuerdo a la siguiente tabla, la cual será actualizada en febrero de cada año de acuerdo al incremento en el Índice Nacional de Precios al Consumidor del año calendario anterior. (Art. 242 Ley del Seguro Social)			El Gobierno Federal cubrirá mensualmente por cada núcleo familiar asegurado y por cada cuota diaria equivalente al trece punto nueve por ciento de un salario mínimo general del Distrito Federal vigente a la fecha de entrada en vigor de la Ley. La cantidad inicial que resulte se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor. (Art. 26 Reglamento del Seguro de Salud para la Familia)	12 meses a partir del inicio de los servicios.	
				Cuotas para el régimen voluntario					
				Edad del miembro de la familia en años cumplidos		Cuota total en moneda nacional por miembro del grupo de edad señalado			
				0 a 19		889			
				20 a 39		1,039.00			
				30 a 59		1,553.00			
60 o más		2,337.00							
Seguro de Salud para Trabajadores Mexicanos en el Extranjero	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Consulta médica familiar o de especialista Hospitalización Intervenciones quirúrgicas (operaciones) Atención por maternidad Análisis de laboratorio y rayos X Medicamentos Leche para el (la) recién nacido (a) por seis meses. Canastilla al nacer para el (la) hijo (a) de la asegurada, esposa o concubina del asegurado.	Pueden contratar el seguro de salud para la familia los trabajadores mexicanos que se encuentren laborando en el extranjero o sus familiares residentes en la República Mexicana; la protección de este seguro se extenderá a los familiares de éstos que residan en el territorio nacional y a los propios trabajadores cuando se ubiquen en éste. (Art. 32 Reglamento del Seguro de Salud para la Familia)	Costo del Seguro al 2002				12 meses a partir del inicio de los servicios.	
				Edad del miembro de la familia en años cumplidos		En Estados Unidos			En México
				De 0 a 19 años		97 dólares			889 pesos
				De 20 a 39 años		114 dólares			1,039 pesos
				De 40 a 59 años		170 dólares			1,553 pesos
				De 60 años o más		256 dólares			2,337 pesos
				tiempos de espera para recibir atención médica					
				6 meses		Tumoración benigna de mama.			
				10 meses		Parto			
				1 año		Litotripcia, cirugías de algunos padecimientos ginecológicos, de insuficiencia venosa, de nariz, varicocele, hemorroidectomía y de fistulas rectales, de amígdalas y de adenoides, de hernias, excepto de disco intervertebral, y de estrabismo. En general: aquellas operaciones programadas.			
2 años		Cirugía ortopédica.							
Las emergencias y accidentes quedan cubiertos desde el inicio de servicios. (Artículo 12 del Reglamento del Seguro de Salud para la Familia)									

Programa Seguro Popular de Salud. Servicios proporcionados a la población afiliada, 2003

Tipo de Servicio	Institución que otorga el servicio	Servicios	Beneficiarios	Cuotas	Subsidio federal	Vigencia del servicio							
Programa Seguro Popular de Salud	Centros de Salud y Hospitales que se encuentren en las entidades participantes: ISSSTE; IMSS, Secretaría de Salud, Servicios Estatales de Salud.	78 intervenciones presentadas en el Catálogo de Beneficiarios Médicos (CABEME) y 139 sustancias activas de medicamentos asociados al CABEME	El Programa SPS está dirigido de manera prioritaria a incorporar familias mexicanas en los seis primeros deciles de la distribución del ingreso, que no sean derechohabientes de la seguridad social, residen dentro del territorio nacional, y que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecer la prestación de los servicios médicos considerados en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME).	Cuota por familia según decil de ingreso, 2003			Monto anual de subsidio base en pesos para el CABEME de 78 intervenciones, 2003			· La vigencia de afiliación de las familias está referida al año calendario, concluyendo el 31 de diciembre como máximo, debiendo renovar su inscripción al Programa SPS mediante el proceso de reafluación.			
				Deciles de ingreso¹	Ingreso corriente Trimestral por hogar		Trimestral	Semestral	Anual		ENTIDADES	Por persona	Por Familia
					Promedio	Rango²							
				I	3,537	1,808-5,170	65	130	260				
				II	6,157	5,171-7,154	95	190	380		Aguascalientes	472	2,219
				III	8,395	7,155-9,296	160	320	640		Baja California	543	2,213
				IV	10,707	9,297-11,689	285	570	1,140		Baja California Sur	328	1,320
				V	13,284	11,690-14,520	475	950	1,900		Campeche	423	1,860
				VI	16,511	14,521-18,035	600	1,200	2,400		Chiapas	517	2,535
				VII	20,611	18,036-22,699	790	1,580	3,160		Chihuahua	508	2,032
			VIII	26,209	22,700-29,396	945	1,890	3,780	Coahuila		405	1,700	
			IX	37,502	29,397-44,689	1,260	2,520	5,040	Colima		505	2,070	
			X	90,224	77,593-102,855	1,575	3,150	6,300	Distrito Federal		472	1,903	
			1/ Agrupación del total de hogares en diez estratos con igual número de hogares, ordenados de menor a mayor de acuerdo a su ingreso corriente monetario trimestral (ENIGH, 2000).			Durango	403	1,794					
			2/ La determinación de los rangos del ingreso corriente monetario trimestral promedio por hogar, para cada decil, se obtuvo a partir de la aplicación de dos desviaciones estándar, de acuerdo con la base de datos de la ENIGH 2000.			Guanajuato	472	2,374					
			Para determinar los montos de las cuotas se tomó en consideración que éstos sean significativamente menores que el gasto de bolsillo reportado en las Encuestas de Ingreso-Gasto de los Hogares del INEGI, por concepto de cuidados médicos y conservación de la salud.			Guerrero	491	2,296					
			El afiliado puede elegir el periodo de cobertura acorde a sus posibilidades económicas:			Hidalgo	472	2,133					
			La aplicación de las cuotas de afiliación que aportan los asegurados está sujeta a los rubros de gasto establecidos en los Acuerdos de Coordinación que se celebren con las entidades federativas correspondientes así como las disposiciones establecidas en la materia en cada entidad federativa.			Jalisco	475	2,153					
						México	472	2,135					
						Michoacán	476	2,217					
			Morelos	472	1,997								
			Nayarit	492	2,057								
			Nuevo León	474	2,046								
			Oaxaca	474	2,199								
			Puebla	472	2,246								
			Quintana Roo	543	2,224								
			San Luis Potosí	472	2,200								
			Sinaloa	487	2,146								
			Sonora	496	2,071								
			Tabasco	543	2,489								
			Tamaulipas	526	2,120								
			Tlaxcala	471	2,333								
			Veracruz	489	2,104								
			Yucatán	517	2,294								
			Zacatecas	472	2,094								

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, con información de: Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), viernes 4 de julio de 2003.

Composición del gasto federal en salud por tipo de población, 1990, 1995 y 2000.

Millones de pesos del 2000

	1990		1995		2000		Incremento en el gasto en salud 1990-1995	Incremento en el gasto en salud 1995-2000	Incremento en el gasto en salud 1990- 2000
	Gasto	%	Gasto	%	Gasto	%			
Población abierta 1/									
SSA	14,334.8	18.4	20,653.6	21.7	37,414.0	29.3	44.1	81.2	161.0
Población asegurada									
IMSS	47,316.30	60.8	60,858.50	63.8	70,336.30	55.1	28.6	15.6	48.7
ISSSTE	16,160.9	20.8	13,853.4	14.5	19,819.4	15.5	-14.3	43.1	22.6
Gasto Federal en Salud	77,812.0	100.0	95,365.5	100.0	127,569.7	100.0	22.6	33.8	63.9

1/ Incluye Secretaría de Salud, Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA del Ramo 33, Programa IMSS-Solidaridad y componente de salud del Progesa.
Cuadro elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados con información de: Secretaría de Salud.

**Familias afiliadas al Programa Seguro Popular de Salud por
entidad federativa, municipio, localidad.**

(acumulado al 30 de junio 2004)

Entidad Federativa	Municipio	Localidad	Familias afiliadas
Aguascalientes	5	28	14,575
Baja California	5	175	34,067
Baja California Sur	5	101	11,079
Campeche	8	137	18,247
Coahuila	2	7	1,092
Colima	10	290	52,274
Chiapas	14	642	41,210
Chihuahua			
Distrito Federal			
Durango			
Guanajuato	8	559	17,500
Guerrero	4	13	9,451
Hidalgo	20	324	19,892
Jalisco	87	1829	38,747
México	26	348	37,343
Michoacán	7	85	3,089
Morelos	17	221	9,591
Nayarit			
Nuevo León			
Oaxaca	56	103	29,963
Puebla			
Querétaro			
Quintana Roo	3	7	7,927
San Luis Potosí	38	1,085	51,752
Sinaloa	18	2,432	94,118
Sonora	45	542	26,777
Tabasco	17	1,311	150,000
Tamaulipas	43	1,834	87,129
Tlaxcala	11	33	2,973
Veracruz	20	487	17,988
Yucatán	2	15	3,070
Zacatecas	46	724	20,048
TOTAL	517	13,332	799,902

Cuadro elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública,
H. Cámara de Diputados con información de:
Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud,
Dirección General de Afiliación y Operación.

Familias afiliadas por el Programa Seguro Popular de Salud encabezadas por mujeres por entidad federativa

(acumulado al 30 de junio 2004)

Entidad Federativa	Familias afiliadas	Número de familias afiliadas encabezadas por mujeres	Participación (%)
Aguascalientes	14,575	11,171	76.6
Baja California	34,067	21,082	61.9
Baja California Sur	11,079	8,127	73.4
Campeche	18,247	8,311	45.5
Coahuila	1,092	843	77.2
Colima	52,274	37,063	70.9
Chiapas	41,210	35,078	85.1
Chihuahua			
Distrito Federal			
Durango			
Guanajuato	17,500	7,478	42.7
Guerrero	9,451	6,687	70.8
Hidalgo	19,892	14,527	73.0
Jalisco	38,747	30,778	79.4
México	37,343	33,337	89.3
Michoacán	3,089	2,603	84.3
Morelos	9,591	8,076	84.2
Nayarit			
Nuevo León			
Oaxaca	29,963	22,893	76.4
Puebla			
Querétaro			
Quintana Roo	7,927	6,165	77.8
San Luis Potosí	51,752	36,987	71.5
Sinaloa	94,118	75,843	80.6
Sonora	26,777	20,900	78.1
Tabasco	150,000	63,649	42.4
Tamaulipas	87,129	69,578	79.9
Tlaxcala	2,973	2,751	92.5
Veracruz	17,988	15,114	84.0
Yucatán	3,070	2,860	93.2
Zacatecas	20,048	12,217	60.9
TOTAL	799,902	554,118	69.3

Cuadro elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados con información de:
 Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación.

Total de hogares, número de familias no derechohabientes y afiliadas al Programa Seguro Popular de Salud por entidad federativa y avance en porcentaje.

(acumulado al 30 de junio 2004)

Entidad Federativa	Total de hogares (estimación al 2004) ^{1/}	Número de familias no derechohabientes (acumulado al 30 de junio 2004) ^{2/}	Familias afiliadas al Seguro Popular (acumulado al 30 de junio 2004) ^{3/}	Avance de filiación en relación al total de hogares (%)	Avance de filiación en relación al número de familias no derechohabientes (%)
Aguascalientes	237,847	78,962	14,575	6.1	18.5
Baja California	713,736	189,178	34,067	4.8	18.0
Baja California Sur	123,370	28,913	11,079	9.0	38.3
Campeche	185,230	75,905	18,247	9.9	24.0
Coahuila	614,462	120,544	1,092	0.2	0.9
Colima	156,380	50,668	52,274	33.4	103.2
Chiapas	925,375	547,734	41,210	4.5	7.5
Chihuahua	862,219	224,273		0.0	0.0
Distrito Federal	2,357,837	680,624		0.0	0.0
Durango	358,788	124,478		0.0	0.0
Guanajuato	1,105,744	593,579	17,500	1.6	2.9
Guerrero	746,882	433,497	9,451	1.3	2.2
Hidalgo	563,867	272,232	19,892	3.5	7.3
Jalisco	1,625,164	618,423	38,747	2.4	6.3
México	3,407,901	1,365,715	37,343	1.1	2.7
Michoacán	984,076	560,568	3,089	0.3	0.6
Morelos	427,409	194,203	9,591	2.2	4.9
Nayarit	244,301	97,706		0.0	0.0
Nuevo León	1,035,930	223,363		0.0	0.0
Oaxaca	829,034	439,484	29,963	3.6	6.8
Puebla	1,225,903	687,815		0.0	0.0
Querétaro	358,331	138,549		0.0	0.0
Quintana Roo	266,287	82,538	7,927	3.0	9.6
San Luis Potosí	560,319	262,350	51,752	9.2	19.7
Sinaloa	650,767	203,588	94,118	14.5	46.2
Sonora	603,176	162,186	26,777	4.4	16.5
Tabasco	482,309	230,012	150,000	31.1	65.2
Tamaulipas	769,276	235,958	87,129	11.3	36.9
Tlaxcala	229,650	132,569	2,973	1.3	2.2
Veracruz	1,799,852	830,280	17,988	1.0	2.2
Yucatán	430,827	158,994	3,070	0.7	1.9
Zacatecas	334,021	161,104	20,048	6.0	12.4
TOTAL	25,216,270	10,205,992	799,902	3.2	7.8

Nota: La Ley de protección Social en Salud brinda aseguramiento a núcleos familiares y no a personas. La definición de núcleo familiar contemplada en la Ley General de Salud y la de hogar del XII censo de Población y Vivienda tienen puntos en común, lo cual permite establecer equivalencias y hacerlas comparables. La estimación del número de hogares en 2004 se calculó en relación a la tasa de crecimiento intercensal de los hogares entre 1990 y el año 2000 de dicha cifra se derivó la tasa de crecimiento promedio anual de los hogares por entidad federativa.

Cuadro elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la H. Cámara de Diputados con información de:

1/ Alejandro Suárez Valdés Ayala, Juan José González Vilchis, et al., Población no asegurada y núcleos familiares sujetos de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud, México, mayo 2004.

2/ 3/ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación.

Población total, número de personas no derechohabientes y afiliadas al Programa Seguro Popular de Salud por entidad federativa

Entidad Federativa	Población total 2004 (proyecciones de CONAPO a mitad de año) 1/	Número de personas no derechohabientes (acumulado al 30 de junio 2004) 2/	Número de personas afiliadas al Seguro Popular (acumulado al 30 de junio 2004) 3/	Avance de personas afiliadas en relación a la población total (%)	Avance de personas afiliadas en relación al número de personas no derechohabientes (%)
Aguascalientes	1,028,279	368,028	58,446	5.7	15.9
Baja California	2,867,630	798,232	104,752	3.7	13.1
Baja California Sur	489,669	128,917	34,509	7.0	26.8
Campeche	763,037	356,274	60,849	8.0	17.1
Coahuila	2,511,114	557,118	3,526	0.1	0.6
Colima	584,068	225,074	146,966	25.2	65.3
Chiapas	4,357,301	2,601,849	130,911	3.0	5.0
Chihuahua	3,373,391	1,000,074		0.0	0.0
Distrito Federal	8,814,123	3,261,361		0.0	0.0
Durango	1,549,309	603,974		0.0	0.0
Guanajuato	5,027,179	2,649,430	56,667	1.1	2.1
Guerrero	3,249,559	2,063,048	27,949	0.9	1.4
Hidalgo	2,370,735	1,340,381	59,173	2.5	4.4
Jalisco	6,758,852	2,909,913	151,378	2.2	5.2
México	14,447,120	6,195,325	148,158	1.0	2.4
Michoacán	4,213,737	2,518,651	11,616	0.3	0.5
Morelos	1,698,232	839,195	33,310	2.0	4.0
Nayarit	991,142	454,579		0.0	0.0
Nuevo León	4,178,145	1,011,919		0.0	0.0
Oaxaca	3,693,497	2,237,152	91,457	2.5	4.1
Puebla	5,480,844	3,097,201		0.0	0.0
Querétaro	1,572,772	644,611		0.0	0.0
Quintana Roo	1,053,084	376,110	30,061	2.9	8.0
San Luis Potosí	2,398,690	1,223,150	200,929	8.4	16.4
Sinaloa	2,747,467	917,242	340,552	12.4	37.1
Sonora	2,448,839	774,246	88,606	3.6	11.4
Tabasco	2,045,537	1,138,151	459,830	22.5	40.4
Tamaulipas	3,106,529	1,060,511	288,126	9.3	27.2
Tlaxcala	1,055,648	577,343	12,800	1.2	2.2
Veracruz	7,274,772	3,904,155	61,267	0.8	1.6
Yucatán	1,784,267	754,615	13,660	0.8	1.8
Zacatecas	1,415,269	782,744	61,715	4.4	7.9
TOTAL	105,349,837	47,370,573	2,677,213	2.5	5.7

Cuadro elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la H. Cámara de Diputados

1/ CONAPO, Proyecciones de población. Población total de los municipios a mitad de año, 2000-2030.

2/ 3/ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación.

Número de familias afiliadas por rubro en el Programa Seguro Popular de Salud por entidad federativa

(acumulado al 30 de junio 2004)

Entidad Federativa	Familias afiliadas (1)	Familias afiliadas en comunidades indígenas (2)	Familias afiliadas en regiones de alta y muy alta marginación (3)	Familias afiliadas de Oportunidades (4)	Familias afiliadas por municipio (5)	Familias afiliadas por localidad (6)	Total de familias afiliadas por rubro (2+3+4+5+6=7)	Diferencia entre total de familias afiliadas y familias afiliadas por rubro (1-7=8)
Aguascalientes	14,575		2	1,314	5	28	1,349	13,226
Baja California	34,067		20,271	1,325	5	175	21,776	12,291
Baja California Sur	11,079		3,093	4,167	5	101	7,366	3,713
Campeche	18,247	8,697	9,826	2,058	8	137	20,726	-2,479
Coahuila	1,092			69	2	7	78	1,014
Colima	52,274		1,482	9,285	10	290	11,067	41,207
Chiapas	41,210	6,884	23,233	14,479	14	642	45,252	-4,042
Chihuahua								
Distrito Federal								
Durango								
Guanajuato	17,500			1,735	8	559	2,302	15,198
Guerrero	9,451			1,686	4	13	1,703	7,748
Hidalgo	19,892	1,255	932	5,172	20	324	7,703	12,189
Jalisco	38,747		1,629	17,990	87	1829	21,535	17,212
México	37,343		12,010	25,722	26	348	38,106	-763
Michoacán	3,089	360	712	1,505	7	85	2,669	420
Morelos	9,591	1,693		4,020	17	221	5,951	3,640
Nayarit								
Nuevo León								
Oaxaca	29,963	4,747	3,355	3,929	56	103	12,190	17,773
Puebla								
Querétaro								
Quintana Roo	7,927	4	4	2,934	3	7	2,952	4,975
San Luis Potosí	51,752	18,454	27,052	25,784	38	1,085	72,413	-20,661
Sinaloa	94,118		23,684	46,636	18	2,432	72,770	21,348
Sonora	26,777	9,694	1,918	18,028	45	542	30,227	-3,450
Tabasco	150,000	11,774	19,385	17,305	17	1,311	49,792	100,208
Tamaulipas	87,129		14,857	23,472	43	1,834	40,206	46,923
Tlaxcala	2,973		1,762	2,004	11	33	3,810	-837
Veracruz	17,988	9,191	10,658	9,211	20	487	29,567	-11,579
Yucatán	3,070	3,070	3,070	2,388	2	15	8,545	-5,475
Zacatecas	20,048		1,410	4,252	46	724	6,432	13,616
TOTAL	799,902	75,823	180,345	246,470	517	13,332	516,487	283,415

Cuadro elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la H. Cámara de Diputados con información de:
Fuente: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación.

Número de Unidades, Centros y Hospitales incorporados al Sistema de Protección Social en Salud SPSS

Acumulado al 30 de junio de 2004

Entidad Federativa	Número de Unidades Hospitalarias Incorporadas al SPSS	Número de Centros de Salud Incorporados al SPSS	Número de Hospitales Ancla Incorporados al SPSS	Número de Hospitales de Alta Especialidad Incorporados al SPSS
Aguascalientes	20	18	2	0
Baja California	40	37	3	0
Baja California Sur	30	26	4	0
Campeche	62	58	4	0
Coahuila	6	4	2	0
Colima	124	120	4	0
Chiapas	27	25	2	0
Chihuahua				
Distrito Federal				
Durango				
Guanajuato	114	107	7	0
Guerrero	27	23	4	0
Hidalgo	47	43	4	0
Jalisco	87	78	9	0
México	23	18	5	0
Michoacán	15	14	1	0
Morelos	80	78	2	0
Nayarit				
Nuevo León				
Oaxaca	24	21	3	0
Puebla				
Querétaro				
Quintana Roo	30	28	2	0
San Luis Potosí	175	171	3	1
Sinaloa	192	187	5	0
Sonora	68	59	9	0
Tabasco	371	358	13	0
Tamaulipas	298	286	12	0
Tlaxcala	32	30	2	0
Veracruz	64	61	3	0
Yucatán	16	14	2	0
Zacatecas	95	92	3	0
TOTAL	2,067	1,956	110	1

Cuadro elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la H. Cámara de Diputados con información de: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de

Seguro Popular de Salud
Características de los Apoyos

Concepto	2002 a/	2003 b/
Objetivos Generales	El Seguro Popular de Salud es el instrumento que permitirá enfrentar el reto establecido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 para brindar protección financiera a todos los mexicanos , ofreciendo una opción de aseguramiento público en materia de salud a familias y los ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social. Enfrentar este reto implica adoptar los siguientes objetivos específicos:	El Programa Seguro Popular de Salud es un instrumento que permite enfrentar el reto establecido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 para brindar protección financiera a los mexicanos , ofreciendo una opción con criterios de aseguramiento público en materia de salud a familias y los ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social. Enfrentar este reto implica adoptar los siguientes objetivos específicos:
Objetivos Particulares	<p>Reducir el gasto privado de bolsillo que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias más vulnerables, por su estado de salud y su nivel socioeconómico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos. • Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen esta presentación en materia de salud • Contribuir a superar iniquidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud. 	<p>Otorgar un paquete explícito de intervenciones y sus medicamentos asociados, que responden al perfil epidemiológico y a la demanda de los servicios y necesidades de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos. • Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen esta presentación en materia de salud. <p>Contribuir a superar iniquidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud.</p> <p>Reducir el gasto de bolsillo de las familias afiliadas.</p>

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	2003 b/
Población Objetivo	En las primeras etapas de operación del seguro sus esfuerzos se destinarán de manera prioritaria a incorporar a esta modalidad de aseguramiento a las familias mexicanas en los seis primeros deciles de la distribución del ingreso que no sean derechohabientes de la seguridad social y residan en localidades semi urbanas y urbanas. La unidad de afiliación será la familia nuclear, es decir, el padre y/o la madre y los hijos menores de 18 años de ambos o de alguno de ellos. Además se podrán incluir en la cobertura del seguro al padre y la madre de cualquiera de ellos que sean mayores de 64 años y que formen parte del hogar y por lo tanto habiten en la misma vivienda. Para el caso de personas de 18 años o más que deseen afiliarse de manera individual, serán consideradas como familia unipersonal. En consecuencia se les aplican los mismos criterios y políticas que a la familia nuclear.	El Programa SPS está dirigido de manera prioritaria a incorporar familias mexicanas en los seis primeros deciles de la distribución del ingreso, que no sean derechohabientes de la seguridad social, residan dentro del territorio nacional, y que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecer la prestación de los servicios médicos considerados en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME).

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud

Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/		2003 b/
Cobertura	Inicialmente este programa operará en regiones seleccionadas de los estados de Colima, Jalisco, Aguascalientes, Tabasco y Campeche. Este programa se extenderá gradualmente al resto del país. Estas entidades y regiones fueron seleccionadas con base en los siguientes criterios:		Actualmente el Programa SPS opera en algunas regiones seleccionadas de 21 entidades federativas y se extenderá gradualmente al interior de los estados incorporados, así como al resto del país, de conformidad con la disponibilidad de recursos en el Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud).
	<ul style="list-style-type: none"> • Alta cobertura de seguridad social • Existencia de capacidad para ofrecer los servicios • Grandes concentraciones urbanas y semiurbanas • Existencia de grupos beneficiarios de programas sociales del gobierno federal 		<p>A partir del presente año la ampliación de la cobertura del Programa SPS se priorizará en los estados incorporados y de nuevo ingreso conforme a los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja cobertura de seguridad social. • Mayor número de personas no aseguradas en los primeros seis deciles de ingreso. • Capacidad para garantizar la provisión de los servicios cubiertos por el Programa SPS. • Demanda potencial de afiliación. • Solicitud explícita de las autoridades estatales. • La existencia de suficiencia presupuestal en el programa.
	Entidad	Municipio	Número máximo de familias beneficiarias
	Campeche		9,741
		Calkiní	
		Hecelchakán	
		Tenabo	
		Campeche	
		Holpechén	
	Tabasco		13,352
		Comalcalco	
		Cunduacán	
	Jalisco		13,838
		Acatic	
		Atotonilco	
		Ayotlán	
		Cabo Corrientes	
		Arandas	
		Encarnación de Díaz	
		Jalostotitlán	
		Jesús María	
		Puerto Vallarta	
		San Julián	
		San Miguel el Alto	
		San Sebastián del Oeste	
		Tepatitlán de Morelos	
		Tomatlán	
		Valle de Guadalupe	
		Cañadas de Obregón	
	Aguascalientes	Aguascalientes	11,063
	Colima		11,490
		Colima	
		Villa de Alvarez	
	Total		59,484

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud

Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	2003 b/				
Características de los Apoyos	La cobertura de servicios que los prestadores otorgarán a los beneficiarios del Seguro Popular de Salud comprende la mayoría de las intervenciones que se realizan en los centros de salud y hospitales generales de la red de servicios estatales de salud pública. Su costo promedio nacional es de \$1,411.00 por individuo. El Gobierno Federal destinará un subsidio que se complementa con las aportaciones de las familias. El monto de recursos del subsidio por individuo asegurado, esto es el subsidio per cápita, se calcula a partir del costo per cápita promedio del catálogo de beneficios médicos estimado para cada estado, menos el monto per cápita de recursos fiscales destinados a la prestación de servicios personales de salud en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (FASSA, PAC, PROGRESA). El ajuste descrito en el párrafo anterior tiene como objetivo evitar la duplicidad de recursos y coordinar los apoyos de diferentes programas sociales en beneficio de las familias aseguradas.	La cobertura de los servicios que los proveedores prestan a los afiliados del Programa SPS, comprende la mayoría de los servicios demandados en los centros de salud y hospitales generales de la red de Servicios Estatales de Salud y sus medicamentos asociados. Este catálogo de beneficios responde a las necesidades y demanda de servicios de la población. En el año 2003 el costo anual promedio per cápita nacional de las intervenciones que se ofrecen en el CABEME se estima en \$1,572.22. El monto anterior se ajusta en función de las condiciones salariales de la región seleccionada y en su caso al número de intervenciones del catálogo de servicios que se ofrezca. El Gobierno Federal destina un subsidio base por familia afiliada. El monto de recursos del subsidio base per cápita, se calcula a partir del costo per cápita promedio del CABEME estimado para cada estado, menos el monto per cápita de recursos fiscales destinados a la prestación de servicios personales de salud en el Decreto del PEF 2003 vía ramo 33 y vía ramo 12 considerando regiones y universos de beneficiarios coincidentes.				
	Para los cinco estados de la República en donde inicia la operación del Seguro Popular de Salud, se presenta el monto anual estimado del subsidio per cápita en cada entidad federativa, así como su promedio y el promedio nacional. En esta etapa del Seguro Popular de Salud, el monto que por concepto de subsidio se remita a los Servicios Estatales de Salud, será el correspondiente al per cápita estatal multiplicado por el número promedio nacional de miembros en las familias mexicanas, según el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2000. El subsidio otorgado por familia no podrá ser mayor al 30 por ciento del costo del Catálogo de Beneficios Médicos.	Con objeto de alinear esfuerzos y evitar duplicidades en el financiamiento, en el caso de las familias beneficiarias del Programa Oportunidades que se afilien al Programa SPS se realizarán ajustes adicionales restando al subsidio base aquellos recursos por familia cuyo destino sea coincidente con rubros de gasto del Programa SPS, en virtud de que dichos recursos forman parte de los apoyos otorgados por el Programa Oportunidades. Los ajustes descritos en el párrafo anterior tienen como objetivo evitar la duplicidad de recursos y articular los apoyos de diferentes programas sociales en beneficio de las familias afiliadas. En el cuadro se presentan los montos anuales estimados del subsidio per cápita y familiar en cada entidad federativa para el 2003. El monto que por concepto de subsidio se remita a los Servicios Estatales de Salud, será el correspondiente al per cápita estatal multiplicado por el número promedio estatal de miembros por familia, según el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2000.				
	Monto anual de subsidio en pesos		Monto anual de subsidio base en pesos para el CABEME de 78 intervenciones			
	ENTIDADES	SUBSIDIO FEDERAL		ENTIDADES	Por persona	Por Familia
		per cápita	familiar *			
	Aguascalientes	260	1,143	Aguascalientes	472	2,219
	Campeche	449	1,975	Baja California	543	2,213
	Colima	259	1,137	Baja California Sur	328	1,320
	Jalisco	426	1,873	Campeche	423	1,860
	Tabasco	477	2,100	Chiapas	517	2,535
Promedio	374	1,646	Chihuahua	508	2,032	
Promedio nacional	398	1,751	Coahuila	405	1,700	
* Considera 4.4 miembros por familia		<i>Continúa...</i>				

Nota: Se destaca con negritas los cambios más representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud. 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	2003 b/			
		Monto anual de subsidio base en pesos para el CABEME de 78 intervenciones			
Características de los Apoyos		Entidad	Por persona	Por familia	
			Colima	505	2,070
			Distrito Federal	472	1,903
			Durango	403	1,794
			Guanajuato	472	2,374
			Guerrero	491	2,296
			Hidalgo	472	2,133
			Jalisco	475	2,153
			México	472	2,135
			Michoacán	476	2,217
			Morelos	472	1,997
			Nayarit	492	2,057
			Nuevo León	474	2,046
			Oaxaca	474	2,199
			Puebla	472	2,246
			Querétaro	471	2,219
			Quintana Roo	543	2,224
			San Luis Potosí	472	2,200
			Sinaloa	487	2,146
			Sonora	496	2,071
			Tabasco	543	2,489
			Tamaulipas	526	2,120
			Tlaxcala	471	2,333
			Veracruz	489	2,104
			Yucatán	517	2,294
			Zacatecas	472	2,094
			Monto anual de los subsidios federales		
			En el caso de personas de 18 años o más que se afilian individualmente, el Programa SPS remitirá como subsidio federal el monto per cápita correspondiente, según lo establecido en el cuadro		
			Conforme a lo dispuesto en los artículos 25 y 51 del Decreto del PEF 2003, la Secretaría de Salud se obliga a reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos que no se destinen a los fines autorizados y aquellos que al cierre del ejercicio no se hayan devengado. En atención a lo dispuesto en el artículo 52 fracción II del Decreto del PEF 2003, en relación a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad de los subsidios, el subsidio otorgado por familia no podrá ser mayor al 30 por ciento del costo del CABEME, dado el carácter de subsidio que tiene la aportación federal para el financiamiento del Programa SPS, su operación podrá ser suspendida por razones presupuestales y por las que menciona el artículo 51, párrafo cuarto y quinto, del mismo Decreto.		

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de: a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud

Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
Beneficiarios	Los beneficiarios del Seguro Popular de Salud son las familias mexicanas que no cuentan con los beneficios de la seguridad social en materia de salud y han satisfecho los requerimientos de afiliación.	Beneficiarios	Los beneficiarios del Programa SPS son las familias mexicanas que no cuentan con la protección de la seguridad social en materia de salud y han satisfecho los requerimientos de afiliación.
Criterios de selección	Los criterios de selección de las familias beneficiarias son: <ul style="list-style-type: none"> • Residir en las regiones de cobertura del Seguro Popular de Salud • No ser derechohabiente de la seguridad social • Optar voluntariamente por afiliarse • Cubrir la cuota de afiliación correspondiente 	Criterios de elegibilidad	Los criterios de elegibilidad de las familias beneficiarias son: <ul style="list-style-type: none"> • Residir en las zonas y regiones seleccionadas de las entidades federativas participantes en el Programa SPS. • No ser derechohabiente de la seguridad social. • Optar voluntariamente por afiliarse. • Cubrir la cuota de afiliación correspondiente.
Derechos y obligaciones de los asegurados	Los beneficiarios del Seguro Popular de Salud recibirán la “Carta de Derechos y Obligaciones de los Asegurados ”, en la cual éstos se hacen explícitos Derechos a) Acceso igualitario a la atención El usuario tiene derecho a proteger su salud y recibir atención médica en los establecimientos designados de la red del Seguro Popular de Salud , sin discriminación y sin demora, y considerando una atención especial a discapacitados y al adulto mayor. b) Trato digno y atención de calidad Tiene derecho a ser asistido por personal calificado en la atención de su padecimiento y a ser tratado con una actitud cortés, amable, mediante un lenguaje comprensible de parte del equipo de salud. c) Medicamentos Los beneficiarios tienen derecho a recibir el 100% de los medicamentos prescritos incluidos en el paquete de servicios. De igual forma, tiene derecho a recibir indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le sean recetados.	Derechos y obligaciones de los afiliados	Cada familia afiliada al Programa SPS recibe un ejemplar de la “Carta de Derechos y Obligaciones de los Afiliados ”, en la cual éstos se hacen explícitos. A esta carta acompaña un listado de unidades médicas a donde podrán acudir a recibir los servicios especificados en el CABEME. Derechos a) Acceso igualitario a la atención El afiliado tiene derecho a proteger su salud y recibir atención médica en los establecimientos designados de la red del Programa SPS , sin discriminación y de acuerdo a las normas establecidas en el CABEME para la atención médica. b) Trato digno y atención de calidad Tiene derecho a ser asistido por personal calificado en la atención de su padecimiento y a ser tratado con una actitud cortés, amable, mediante un lenguaje comprensible de parte del equipo de salud. Asimismo, tiene derecho a exigir privacidad en la atención y respeto del pudor. c) Medicamentos Los afiliados tienen derecho a recibir las dosis prescritas de medicamentos genéricos intercambiables incluidos en el CABEME, de acuerdo a lo dispuesto en el Diario Oficial de la Federación, de fecha 7 de junio de 2002, en el sentido de que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud deben comprar medicamentos genéricos intercambiables. Para aquellas sustancias activas incluidas en el CABEME que no están disponibles en el mercado nacional como producto genérico intercambiable, los afiliados tienen derecho a recibir los medicamentos de patente necesarios para su tratamiento.

Continúa...

Continúa...

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
Derechos y obligaciones de los asegurados	<p>d) Información y orientación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobre el servicio <p>Tiene derecho a solicitar información sobre el tipo de prestaciones ofrecidas y orientación sobre el funcionamiento, las condiciones, los documentos y trámites a seguir para la obtención del Seguro Popular de Salud; de la prestación médica; y de los mecanismos de quejas y sugerencias.</p> <p>Asimismo tiene derecho a ser informado sobre los horarios y localización de los establecimientos habilitados de la red de servicios.</p>	Derechos y obligaciones de los afiliados	<p>d) Información y orientación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobre el servicio <p>El afiliado tiene derecho a solicitar y recibir información sobre el tipo de intervenciones cubiertas, las unidades en que se ofrecen, así como orientación sobre el funcionamiento, las condiciones, los documentos y trámites a seguir para la prestación de los servicios y los mecanismos para presentar quejas y sugerencias. Asimismo tiene derecho a ser informado sobre los horarios y localización de los establecimientos habilitados de la red de servicios.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Durante el servicio <p>El titular del seguro, su familiar o representante legal, tiene derecho a recibir información suficiente sobre la propia salud de manera comprensible, veraz y oportuna.</p> <p>Todo usuario tiene derecho a identificar a los profesionales de la salud que lo atienden y a conocer sus obligaciones y deberes. Asimismo tiene derecho a ser informado sobre el proceso para la obtención de una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento.</p> <p>El paciente, familiar o representante legal, tiene derecho a recibir información, previa a dar su consentimiento (Consentimiento informado) sobre la descripción del procedimiento, objetivo, beneficios esperados, alternativas, consecuencias previsibles, consecuencias de no hacer el procedimiento y riesgos. Esto deberá hacerse por escrito en procedimientos riesgosos y en casos de traslados o referencia a otros establecimientos. Asimismo deberá ser informado previamente, sobre actividades de docencia e investigación médica, en las que pudiese estar involucrado. Las excepciones al consentimiento informado son para los casos de riesgos a la Salud Pública, por incapacidad mental o legal y que no estén los familiares, y en casos de urgencia para evitar lesiones irreversibles o que pongan en peligro la vida.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Durante el servicio <p>El titular de la familia afiliada, los beneficiarios o su representante legal, tienen derecho a recibir información suficiente sobre su estado de salud de manera comprensible, veraz y oportuna.</p> <p>Todo afiliado tiene derecho a identificar a los profesionales de la salud que lo atienden y a conocer sus obligaciones y deberes. Asimismo tiene derecho a ser informado sobre el proceso para la obtención de una segunda opinión sobre su diagnóstico, pronóstico o tratamiento, como parte de los beneficios otorgados por este Programa.</p> <p>El afiliado, familiar o su representante legal, tienen derecho a recibir información clínica sobre el procedimiento médico, su objetivo, riesgos y beneficios esperados, alternativas terapéuticas o posibles consecuencias. Esto debe hacerse por escrito en procedimientos riesgosos y en casos de traslados o referencia a otros establecimientos.</p> <p>Asimismo debe ser informado previamente, y solicitado su consentimiento sobre actividades de docencia e investigación médica, en las que pudiese estar involucrado como sujeto de las mismas. Las excepciones al consentimiento informado son para los casos de riesgos a la salud pública, por incapacidad mental o legal, que no estén los familiares presentes en la unidad médica, y en casos de urgencia para evitar lesiones irreversibles o que pongan en peligro la vida.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Después del servicio <p>El usuario tiene derecho a solicitar información para interponer quejas, reclamos o sugerencias sobre la atención brindada, así como a recibir respuesta escrita sobre los mismos, en un plazo no mayor de 30 días.</p> <p>e) Expediente clínico</p> <p>Cada usuario tiene derecho a un soporte documental de información clara, precisa y legible, que identifique las acciones y a los profesionales tratantes en cada proceso de atención sanitaria, garantizando el uso confidencial y restringido de su expediente y su inalterabilidad, teniendo también derecho a acceder a los informes y resultados previa solicitud escrita.</p> <p>f) Decidir libremente sobre su atención</p> <p>Del Catálogo de Beneficios médicos cubiertos por el Seguro Popular de Salud, el usuario tiene derecho a decidir sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico de la atención médica; así como de contar con la opinión de un segundo médico y decidir sobre su participación en actividades de docencia e investigación médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Después del servicio <p>El afiliado podrá ejercer su derecho de petición, siempre que se formule por escrito, para solicitar información, interponer quejas o sugerencias sobre la atención brindada, así como a recibir respuesta por escrito en un plazo no mayor de 30 días.</p> <p>e) Expediente clínico</p> <p>Cada afiliado tiene derecho a un soporte documental con información clara, precisa y legible, que identifique las acciones y a los profesionales tratantes en cada proceso de atención médica, garantizando el uso confidencial y restringido de su expediente y su inalterabilidad, teniendo también derecho a acceder a los informes y resultados previa solicitud por escrito.</p> <p>f) Obtener una segunda opinión</p> <p>Tiene derecho a una segunda opinión médica, emitida por prestador de servicios médicos de los propios Servicios Estatales de Salud, sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.</p>
<i>Continúa...</i>	<i>Continúa...</i>		

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de: Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, 15 de marzo 2002. Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
Derechos y obligaciones de los asegurados	<p>g) Rechazar tratamientos o procedimientos Tiene derecho a rechazar tratamientos o procedimientos en enfermedades graves e incurables, así como de aquéllos dentro de los protocolos de investigación.</p> <p>h) Urgencias Tiene también derecho a recibir atención de emergencia en cualquier unidad de los Servicios</p> <p>Obligaciones</p> <p>a) Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.</p> <p>b) Informarse sobre el funcionamiento de los establecimientos (prestaciones, horarios y programas que ofrecen).</p> <p>c) Solicitar atención en el establecimiento de la red que corresponda, acorde con las necesidades</p> <p>d) Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud</p> <p>e) Informarse sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.</p> <p>f) Informarse acerca de procedimientos de consulta y quejas.</p> <p>g) Cumplir las prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse.</p> <p>h) Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento.</p> <p>i) Hacer uso responsable de los servicios de salud.</p>	Derechos y obligaciones de los afiliados	<p>g) Rechazar tratamientos o procedimientos Tiene derecho a rechazar procedimientos diagnósticos o terapéuticos incluidos en el CABEME y a solicitar su alta voluntaria sin que esto afecte su afiliación al Programa SPS, liberando al Programa SPS de responsabilidad alguna en la evolución y tratamiento del padecimiento objeto de este rechazo.</p> <p>h) Urgencias Tiene derecho a recibir atención de urgencias calificadas en cualquier unidad médica. Cuando se trate de casos de urgencias comprendidas en el CABEME, éstas se otorgarán sin cargo alguno.</p> <p>Obligaciones</p> <p>a) Proporcionar datos correctos y copias fidedignas de documentos personales que se le requieran, así como notificar en los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO) los cambios de los datos que permitan actualizar la información del padrón de familias afiliadas.</p> <p>b) Informarse sobre el funcionamiento de los establecimientos, prestaciones, horarios y programas que ofrecen.</p> <p>c) Solicitar atención en el establecimiento de la red que le corresponda, acorde con las necesidades de salud y lo establecido en el CABEME.</p> <p>d) Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes clínicos, necesidades y problemas de salud.</p> <p>e) Informarse sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.</p> <p>f) Informarse acerca de procedimientos de consulta y quejas.</p> <p>g) Cumplir con las acciones preventivas de acuerdo con el CABEME.</p> <p>h) Adoptar conductas saludables.</p> <p>i) Cumplir las prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse.</p> <p>j) Continuar participando en las disposiciones de corresponsabilidad establecidas por los servicios estatales de salud para apoyar a las unidades médicas en las que se les atiende.</p> <p>k) Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud para conservarlas en buen estado.</p> <p>l) Hacer uso responsable de los servicios de salud.</p> <p>m) Notificar el nacimiento de individuos en fecha posterior al inicio de la vigencia y que forman parte de la familia nuclear, presentando acta de nacimiento y/o CURP del mismo.</p>

Nota: Se destaca con negritas los cambios más representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	Beneficiarios
Causas de suspensión y cancelación	<p>El derecho a la prestación de servicios médicos, con la cobertura determinada por el Seguro Popular de Salud será suspendido de manera temporal a un asegurado en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el asegurado no realice el pago correspondiente a la cuota de afiliación en los primeros 30 días naturales del periodo de vigencia de su seguro. Para reincorporarse deberá transcurrir al menos un semestre. • Cuando la familia asegurada se incorpore a alguna institución de seguridad social federal o estatal. <p>La cancelación de los beneficios del Seguro Popular de Salud ocurrirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el asegurado realice acciones en perjuicio de los propósitos que persigue el Seguro Popular de Salud y afecte los intereses de terceros. • Cuando haga mal uso de su identificación como asegurado del Seguro Popular de Salud. • Cuando proporcione información falsa sobre su nivel de ingreso en el estudio socioeconómico. <p>Conforme a lo dispuesto en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, dado el carácter de subsidio que tiene la aportación federal para el financiamiento del Seguro Popular de Salud su operación podrá ser suspendida por razones presupuestales, en cuyo caso los Servicios Estatales de Salud reintegrarán a los asegurados la porción no devengada de su cuota de afiliación.</p>	<p>El derecho a la prestación de servicios médicos, con la cobertura determinada por el Programa SPS será suspendido de manera temporal a un afiliado en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Cuando al término de la vigencia seleccionada, la familia no cubra el importe de la cuota de afiliación que corresponda al nuevo periodo elegido. · Cuando se incorpore como derechohabiente de la seguridad social. <p>La cancelación de los beneficios del Programa SPS ocurrirá cuando el afiliado:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Realice acciones en perjuicio de los propósitos que persigue el Programa SPS y afecte los intereses de terceros. · Haga mal uso de su identificación como afiliado del Programa SPS. · Proporcione información falsa con relación a los datos contenidos en el estudio socioeconómico.

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud

Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
Selección de entidades y regiones	<p>Para ejercicios futuros, la selección de entidades y regiones que participarán en el Seguro Popular de Salud se hará con base en los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayor proporción y número de personas no aseguradas en los primeros seis deciles de ingreso. • La mayor incidencia y prevalencia de enfermedades. • La existencia de la capacidad requerida para la prestación de los servicios cubiertos por el Seguro Popular de Salud. • La demanda potencial de aseguramiento. • La aportación federal per cápita para el gasto en salud. <p>En cada entidad donde se ponga en marcha el Seguro Popular de Salud se hará una medición basal que permitirá afinar la estimación y el tamaño de la población que potencialmente pudiera incorporarse, así como los indicadores con los que se dará seguimiento a la operación y se realizará la evaluación del Seguro.</p> <p>Con el propósito de avanzar en la georeferenciación de la cobertura e infraestructura, los diseños muestrales para la medición basal deberán atender en la medida de lo posible la regionalización operativa de los servicios, con el fin de proceder con precisión y rigor a la identificación de regiones, unidades y grupos de población a incorporar.</p>		
Definición de metas y programación	<p>Para el 2002, las metas se fijan en función del monto autorizado en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, las estimaciones el subsidio promedio por familia y el calendario de afiliación en el curso del año. Las metas se establecen tomando como unidad la familia asegurada, cuidando siempre en el proceso de afiliación no sobrepasar la asignación que como subsidio aporta la federación para el ejercicio fiscal en curso. Se establecerán las metas anuales para el periodo 2003-2006, de acuerdo a las propuestas de las entidades federativas y de los recursos autorizados en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación.</p>	Definición de metas y programación	<p>Para el 2003, la meta base es de cien mil familias conforme a los recursos autorizados al Programa SPS en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2003. Esta meta se ampliará en función de los recursos adicionales que la Secretaría de Salud destine al Programa. La Secretaría de Salud con base en lo anterior y en apego a lo establecido en el Decreto del PEF acordará con las entidades federativas la meta de familias por afiliar y el calendario de incorporación correspondiente.</p>
Transparencia	<p>Acorde a lo establecido en el artículo 64 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el año 2002, la papelería, documentación oficial, así como la publicidad y promoción empleadas relativas al Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), deberán contener 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 autoridad competente". Ningún servidor público o personal que participe en la operación del Seguro podrá solicitar algún tipo de cooperación económica o de participación política a las personas afiliadas al Seguro o a sus familiares beneficiarios.</p>	Transparencia	<p>Acorde a lo establecido en el artículo 55 del Decreto del PEF para el año 2003, la papelería, documentación oficial, así como la publicidad y promoción empleadas relativas al Programa Salud para Todos (Programa SPS), deben contener 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 debe ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante autoridad competente". Ningún servidor público o personal que participe en la operación del Programa SPS podrá condicionar la afiliación al mismo o sus prestaciones a la participación en actividades político-electorales o a cambio de algún tipo de aportación económica, distinta a la cuota de afiliación.</p>

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Características de los Apoyos

Concepto	2002 a/	2003 b/
Instancias normativas	La Secretaría de Salud es la instancia que garantizará la coherencia y coordinación entre el Seguro Popular de Salud y sus otros programas, así como con los de otras instituciones del sector salud. Asimismo, identificará las prioridades respecto a zonas geográficas, grupos de población, infraestructura disponible para la ejecución del Seguro Popular de Salud y coordinará la realización de estudios e investigaciones necesarios para su instrumentación.	La Secretaría de Salud es la instancia que garantiza la coherencia y coordinación entre el Programa SPS y sus otros programas, así como con los de otras instituciones del sector salud. Asimismo, identifica las prioridades respecto a zonas geográficas, grupos de población e infraestructura disponible para la ejecución del Programa SPS.
Instancias ejecutoras	<p>Al gobierno federal le corresponderá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formular el plan estratégico de desarrollo del Seguro Popular de Salud 2002-2006. • Canalizar a las entidades federativas participantes los recursos para instrumentar el Seguro Popular de Salud de acuerdo con lo establecido en estas Reglas de Operación y lo autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación. • Diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizarán en la operación. • Definir el marco organizacional en los ámbitos federal y estatal. • Utilizar la información relativa a grupos de beneficiarios incorporados en otros programas sociales del Gobierno Federal con la finalidad de evitar duplicidades. • Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago y aplicación del sistema de puntajes. • Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de asegurados. • Vigilar la complementariedad y compatibilidad de las acciones de los diversos programas que esta dependencia impulsa en el ámbito de las entidades federativas y en el contexto de la política de desarrollo social. • Apoyar presupuestalmente la ejecución de las tareas para la puesta en marcha del Seguro Popular de Salud. • Promover en los ayuntamientos su participación en el Seguro Popular de Salud y sus aportaciones para la oferta de los servicios. • Definir y promover la adecuación del marco jurídico que sustente la operación del seguro. • Definir e instrumentar la evaluación de la operación e impacto del Seguro Popular de Salud. 	<p>Al gobierno federal a través de la Secretaría de Salud le corresponde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transferir los recursos para instrumentar y operar el Programa SPS de acuerdo con lo establecido en estas Reglas de Operación. • Diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología para la capacitación que se utilizarán en la operación. • Supervisar las campañas de difusión local a efecto de que se realicen con estricto apego a las políticas de operación del Programa SPS. • Definir el marco organizacional en los ámbitos federal y estatal. • Utilizar la información relativa a grupos de beneficiarios incorporados en otros programas sociales del Gobierno Federal con la finalidad de evitar duplicidades. • Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para estimar el nivel de ingreso y aplicación del sistema de puntajes. • Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de familias afiliadas. • Establecer lineamientos de operación cuando se vincule al Programa SPS con otros programas sociales. • Vigilar la complementariedad y compatibilidad de las acciones de los diversos programas que esta dependencia impulsa en el ámbito de las entidades federativas y en el contexto de la política de desarrollo social. • Apoyar presupuestalmente, conforme a lo establecido en el numeral 6.2 de estas reglas, la ejecución de las tareas para la puesta en marcha y la continuidad de la operación del Programa SPS en regiones o entidades federativas que participan en este Programa. • Promover ante los gobiernos estatales y municipales aportaciones para mejorar y ampliar la capacidad de los servicios en los que se ofrece el Programa SPS. • Convenir con la autoridad competente en las entidades federativas la política de cuotas de recuperación aplicables a los afiliados por concepto de atención médica no considerada en el CABEME del Programa SPS. • Convenir con los Servicios Estatales de Salud, la aplicación, el monto y destino de cuotas para regular la prescripción con base en evidencia científica y el consumo apropiado de medicamentos. • Definir y promover la adecuación del marco jurídico que sustente la operación del Programa SPS. • Definir e instrumentar la evaluación de la operación e impacto del Programa SPS.
		<i>Continúa...</i>

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	2003 b/
Instancias ejecutoras	<p>A los gobiernos estatales les corresponderá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo las acciones de identificación de grupos a beneficiar, de difusión y afiliación y de administración del padrón de asegurados en su entidad. • Integrar y mantener actualizado el padrón de asegurados de la entidad. • Contratar al personal, que en su caso se requiera, para realizar las actividades inherentes a la operación del seguro. <p>• Prestar los servicios comprendidos en la cobertura acordada para cada entidad, así como garantizar la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos para su oferta oportuna y de calidad.</p> <p>• Aplicar los recursos que se reciban por concepto de cuotas de afiliación y el subsidio que el gobierno federal destine a las familias y los ciudadanos incorporados al seguro, en función de los compromisos adquiridos en los Acuerdos de Coordinación que especificarán los conceptos de gasto a que se destinarán los recursos obtenidos.</p> <p>• Aplicar los instrumentos y procedimientos necesarios para el seguimiento operativo de Seguro Popular de Salud en su entidad y la evaluación del impacto en su ámbito.</p> <p>• Asumir y cumplir con los compromisos y metas contempladas en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, particularmente en lo que se refiere a la certificación de nosocomios y unidades médicas.</p> <p>• Promover que los servicios de salud estatales adopten esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen su administración de servicios y registros clínicos y alienten la certificación de su personal.</p> <p>• Brindar apoyo a los solicitantes del Seguro Popular de Salud para facilitarles la obtención de actas de nacimiento y CURP.</p> <p>• Sustituir, para las familias y ciudadanos asegurados, el pago de cuotas de recuperación por el de cuota de afiliación, como forma de prepago.</p> <p>• Definir y promover la adecuación del marco normativo estatal que permita la operación eficiente del seguro.</p> <p>• Proporcionar a la SSA la información relativa a la transferencia de los recursos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto de los recursos transferidos.</p>	<p>A los gobiernos estatales les corresponde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a la población potencialmente beneficiaria del Programa SPS. • Proponer la meta de afiliación con base en criterios de demanda potencial y de factibilidad de la prestación de los servicios de salud. • Organizar las actividades relativas a la afiliación por región, municipio y localidad. <p>• Llevar a cabo las tareas de actualización, mantenimiento y administración del padrón de familias afiliadas en su entidad, de acuerdo a lo dispuesto en la materia por el Gobierno Federal.</p> <p>• Contratar al personal, que en su caso se requiera, para realizar las actividades inherentes a la operación del Programa SPS.</p> <p>• Prestar los servicios comprendidos en el CABEME, así como garantizar la disponibilidad de insumos y el suministro de medicamentos.</p> <p>• Mantener la modalidad de participación de corresponsabilidad en las unidades médicas en donde se atienden las familias afiliadas.</p> <p>• Establecer los mecanismos para recibir las cuotas reguladoras de la prescripción y consumo de medicamentos y destinarlas a los rubros de gasto convenidos con la Secretaría de Salud.</p> <p>• Aplicar los recursos que se reciban por parte del Gobierno Federal y los que se recauden por concepto de cuotas de afiliación, de acuerdo con lo establecido en los Acuerdos de Coordinación que especifican los conceptos de gasto a que se destinarán estos recursos.</p> <p>• Aplicar los instrumentos y procedimientos necesarios para el seguimiento operativo de Programa SPS en su entidad y la evaluación del impacto en su ámbito.</p> <p>• Asumir y cumplir con los compromisos y metas contempladas en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, particularmente en lo que se refiere a la certificación de nosocomios y unidades médicas.</p> <p>• Promover que los Servicios Estatales de Salud adopten esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen su administración de servicios y registros clínicos y alienten la certificación de su personal.</p> <p>• Brindar apoyo a los solicitantes del Programa SPS para facilitarles la obtención de actas de nacimiento y CURP.</p> <p>• Exentar a los afiliados al Programa SPS del pago de cuotas de recuperación para los servicios y prestaciones incluidas en el CABEME y aplicar las convenidas para las intervenciones no consideradas en éste.</p> <p>• Definir y promover la adecuación del marco normativo estatal que permita la operación eficiente del Programa SPS.</p> <p>• Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio del gasto de conformidad con las disposiciones establecidas en los Acuerdos de Coordinación para garantizar el cumplimiento de metas, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto a que se destinen los recursos transferidos.</p> <p>• Informar, en el momento de la afiliación sobre las intervenciones del CABEME y las unidades médicas donde se prestan los servicios.</p>

Nota: Se destaca con negritas los cambios más representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de: a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, 15 de marzo 2002. b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud

Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
Mecánica de operación	<p>Los servicios estatales de salud a través de los promotores coordinarán reuniones de promoción y difusión del Seguro Popular de Salud con grupos de población que carecen de acceso a los servicios médicos de la seguridad social. Adicionalmente, en cada región participante se informará en medios de comunicación sobre las ventajas del Seguro Popular de Salud y se exhortará a la población para que acuda a los centros de afiliación para incorporarse y recibir su credencial de beneficiario. Los centros de afiliación serán principalmente las unidades médicas en donde se ofrecen los servicios de salud pero las entidades federativas determinarán la existencia de centros de afiliación adicionales.</p> <p>Aquellas familias o colectividades que decidan adquirir el Seguro deberán acudir a algún centro de afiliación. Utilizando la cédula elaborada para estos fines se les practicará un estudio socioeconómico y firmarán una hoja en donde se comprometen a pagar la contribución que les corresponda según su nivel de ingreso. El promotor del Seguro Popular de Salud le informará el día y la hora en que deberá presentarse a recoger su credencial y le indicará que será necesario mostrar una identificación de los integrantes de la familia y preferentemente un comprobante de domicilio. Antes de entregar la credencial los servicios estatales de salud realizarán los cruces necesarios con las bases del IMSS y el ISSSTE para verificar que se trate de población sin acceso a servicios de salud de estos institutos.</p>	Mecánica de operación	<p>La mecánica operativa contempla los siguientes procesos:</p> <p>Difusión directa En cada región identificada como zona de cobertura del Programa SPS se informará a través de medios directos de comunicación sobre las características y ventajas del Programa y se invitará a la población objetivo para que acuda a afiliarse a los módulos establecidos para ese propósito. Promoción e identificación de familias. La promoción del Programa SPS se realiza por conducto de brigadas de promoción y afiliación, que tienen la función de organizar reuniones con grupos de población previamente identificados como parte de la población objetivo, en donde se darán a conocer las características, requisitos, periodos de afiliación, beneficios y monto de la cuota que corresponde aportar a la familia que decida afiliarse.</p> <p>Afiliación La afiliación se concreta una vez que los interesados efectúan la aportación de la cuota que les corresponde, entregándoles en el módulo una credencial y una constancia de inscripción que les acredita como afiliados y les da acceso a la atención establecida en el CABEME.</p> <p>Acceso a los servicios de atención ambulatoria y en hospital La puerta de entrada al sistema de atención del Programa SPS es el centro de salud de adscripción de la familia a través de la figura del médico de familia, quien se hace cargo de la atención integral de un número determinado de familias beneficiarias. El médico verificará la vigencia de derechos y proporcionará la atención médica y prescripción de medicamentos. Cuando el afiliado sea referido a un hospital, se dirigirá al Módulo de Afiliación y Orientación (MAO) donde presentará su credencial vigente que lo ampare como beneficiario del Programa SPS.</p>
	<p>La tarjeta única de salud (TUSalud) del Seguro Popular de Salud estará acompañada de la Carta de Derechos de los asegurados en donde los beneficiarios conocerán sus derechos. Adicionalmente, se entregará el Catálogo de beneficios médicos a que tienen derecho por haber pagado de manera anticipada por su salud, y finalmente se enlistarán los centros de salud, hospitales básicos comunitarios (en su caso) y los hospitales generales que participan. Una vez que la familia cuente con la credencial que lo identificará como beneficiario del Seguro, podrá recibir los beneficios médicos establecidos en el Catálogo y se les garantizarán los medicamentos asociados a dichas intervenciones. El Catálogo de Beneficios Médicos (Anexo 1) incluye 78 intervenciones pudiendo añadirse en algunas entidades otras intervenciones en atención a necesidades de salud y perfiles epidemiológicos.</p> <p>Un requisito para tener acceso a los beneficios del Seguro Popular de Salud en hospitales, es haber sido referido de algún centro de salud, excepto en casos de urgencias. Por ello, el beneficiario tendrá que presentarse en su centro de salud para que se le abra un expediente clínico, se le dé un seguimiento continuo a su salud y en caso de necesitarlo se le refiera a un hospital básico comunitario o a un hospital general.</p> <p style="text-align: right;"><i>Continúa...</i></p>		Difusión

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
Mecánica de operación	<p>Al momento de requerir atención médica el beneficiario se presentará en la caja de la unidad médica y deberá mostrar su credencial que lo ampare como beneficiario del Seguro Popular de Salud. Se registrará su credencial en la hoja de pago y podrá hacer uso del servicio que incluya el seguro sin costo alguno.</p> <p>Los beneficios serán válidos hasta el 31 de diciembre del presente año. La edad o el estado de salud de la persona no impedirán la renovación del Seguro Popular de Salud. Los beneficiarios contribuirán con el monto que su nivel de ingreso les permita y el resto de la cuota será cubierto por el Seguro Popular de Salud mediante la transferencia de un subsidio a las entidades federativas. El nivel de ingreso no será limitante para la afiliación. El catálogo de beneficios será el mismo para todas las familias incorporadas al Seguro Popular de Salud en la misma región geográfica. En caso de perder la credencial se podrá acudir al centro de afiliación correspondiente para solicitar su reposición, pagando \$10 pesos por la reposición de la misma.</p>		
Difusión y promoción	<p>Los Servicios Estatales de Salud pondrán a disposición de la población:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las características del Seguro Popular de Salud y las reglas de operación del mismo. • Material promocional como son folletos, trípticos, carteles, etc., detalles del programa y los mecanismos de registro. • Conforme a lo dispuesto por el artículo 76 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, se difundirá periódicamente entre la población en general, a través de la página electrónica de la Secretaría de Salud (www.ssa.gob.mx) la información relativa al cumplimiento de metas y objetivos del Seguro Popular de Salud a más tardar 15 días hábiles posteriores a la fecha en que se hayan generado. 		

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2003

Concepto	2002 a/	2003 b/								
Identificación de familias	<p>Las actividades que se llevan a cabo en el proceso de registro e identificación de familias considera los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los interesados serán convocados a reuniones de información en módulos de orientación diseñados ex-profeso o en los centros de salud de las propias localidades donde radican, garantizando la posibilidad de acceso de la población interesada. • Las personas que se inscriban en el Seguro Popular de Salud deberán mostrar la Clave Única de Registro de Población (CURP). En caso de que la familia o individuo interesado no cuente con su CURP, los servicios estatales de salud prestarán la ayuda necesaria para que las autoridades correspondientes la otorguen a los beneficiarios del Seguro Popular de Salud. • Todos los interesados llenarán un formato de registro e identificación, para lo cual deberán proporcionar información sobre los hijos menores de 18 años y, en su caso, padres del (la) titular y su esposa(o), que vivan en el mismo hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • La promoción para la afiliación de familias al Programa SPS se realiza directamente en las entidades federativas participantes, enfocando sus acciones a los grupos poblacionales objetivo del Programa SPS. • Los Servicios Estatales de Salud llevan a cabo la promoción mediante la contratación de personal que conforman brigadas de promoción y afiliación y los MAO, (Módulos de Afiliación y Orientación) mismos que operan en los periodos para afiliación y reafiliación definidos en estas Reglas de Operación. • El número de brigadas y los MAO se constituyen en función de la meta convenida por las entidades federativas con la Secretaría de Salud, para cada uno de los trimestres que definan los estados en que se instrumenta la afiliación. • Los recursos para la puesta en marcha del proceso de promoción y afiliación en la entidad son transferidos por la Secretaría de Salud con base en la meta por alcanzar y acorde al periodo o periodos convenidos con la misma, en que instrumentarán la afiliación y reafiliación de familias. 								
	<ul style="list-style-type: none"> • El interesado recibirá en la reunión informativa, además de la información que le permita elegir la periodicidad de pago (semestral o anual), así como los lugares donde puede realizar el pago correspondiente y el periodo en que podrá hacerlo, la documentación de promoción y un comprobante de registro. 	<p>El monto de recursos que se asignará por concepto de puesta en marcha no deberá rebasar los siguientes conceptos</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Módulos de gestión médica y afiliación</td> <td style="text-align: center;">10 pesos por familia para la meta convenida</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Mantenimiento del padrón</td> <td style="text-align: center;">45 pesos por familia para el 20% de la meta convenida</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ampliación de meta</td> <td style="text-align: center;">64 pesos por familia adicional</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Promoción y afiliación de familias con vigencia a partir de enero de 2004</td> <td style="text-align: center;">45 pesos por familia</td> </tr> </table>	Módulos de gestión médica y afiliación	10 pesos por familia para la meta convenida	Mantenimiento del padrón	45 pesos por familia para el 20% de la meta convenida	Ampliación de meta	64 pesos por familia adicional	Promoción y afiliación de familias con vigencia a partir de enero de 2004	45 pesos por familia
	Módulos de gestión médica y afiliación	10 pesos por familia para la meta convenida								
	Mantenimiento del padrón	45 pesos por familia para el 20% de la meta convenida								
	Ampliación de meta	64 pesos por familia adicional								
	Promoción y afiliación de familias con vigencia a partir de enero de 2004	45 pesos por familia								
	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez que se cuente con la información de las familias o personas interesadas, se procederá a la evaluación individual. Los datos socioeconómicos se analizarán mediante un sistema de puntajes, lo que permitirá ubicar en el estrato adecuado a los usuarios del seguro. • Los resultados del estudio que establece el monto de las cuotas según la capacidad de pago de los interesados serán entregados en el centro de afiliación que les corresponda geográficamente a cada uno, donde estarán a su disposición para poder continuar con el trámite de afiliación al Seguro Popular de Salud. Esta información estará disponible en medios impresos y vía telefónica para lo cual habrá una línea destinada a ello. Para acceder a esta información el interesado podrá solicitarla mediante el número de identificación que le fue proporcionado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las familias de la población objetivo son convocadas a reuniones de promoción a través de las brigadas y módulos, que operan cubriendo territorialmente el ámbito de acción de la unidad de salud sede del MAO. (Módulos de Afiliación y Orientación) • Las familias interesadas reciben durante la reunión de promoción la información sobre las características, requisitos y beneficios del Programa SPS, las opciones de vigencia, el proceso de registro, los sitios para cubrir su cuota de afiliación, incluyendo la afiliación al término de la sesión con el denominado proceso de afiliación en sitio. • A las personas que desean afiliarse al Programa SPS se les aplica la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH) que es un instrumento estandarizado mediante el cual se obtiene información socioeconómica de los solicitantes, misma que se analiza mediante un sistema de puntajes (análisis discriminante) para establecer la cuota de afiliación que corresponde a cada familia. • La información obtenida con este instrumento, se captura y procesa en medios magnéticos. A cada familia o persona interesada en el Programa SPS se les asigna un número de identificación (folio), que permite preservar la confidencialidad de la información. • Para el núcleo familiar o el individuo que se inscriba al Programa SPS, la información contenida en el estudio socioeconómico tendrá validez por tres años para efectos de reafiliación. Al iniciar el cuarto año de inscripción al Programa SPS, se aplicará a la familia nuevamente la CECASOEH. 								
<ul style="list-style-type: none"> • Para el núcleo familiar o individuo que se inscriba al Seguro Popular de Salud, la información contenida en el estudio socioeconómico será válida para la renovación del seguro hasta por tres años, debiendo elaborarse un nuevo estudio para el cuarto año de contratación del Seguro. 										

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud

Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
Afiliación	<p>La unidad de afiliación para efectos de la inscripción al Seguro Popular de Salud será la familia nuclear, es decir, el padre y/o la madre así como los hijos menores de 18 años, de ambos o de alguno de ellos. Además, se podrán incluir en la cobertura del Seguro Popular de Salud al padre y la madre de cualquiera de ellos que sean mayores de 65 años y que formen parte del hogar y por lo tanto habiten en la misma vivienda.</p> <p>Es condición indispensable para el registro y afiliación al seguro presentar la CURP de cada individuo. Para el caso de recién nacidos deberá darse aviso en el centro de salud que le corresponde a la familia asegurada, presentando el acta de nacimiento y/o CURP del menor. De igual manera se fomentará que den aviso de los casos de decesos que se presenten en el núcleo familiar. La afiliación se realizará una vez que los interesados efectúen el pago correspondiente a su cuota. En esta etapa recibirán una credencial que les permitirá identificarse como asegurados ante los servicios de salud y recibir la protección médica que el Seguro Popular de Salud brinda.</p> <p>El proceso de afiliación se sustenta en los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El resultado de la evaluación de la capacidad de pago de los interesados tendrá vigencia de un año. Si transcurrido este periodo, manifiestan su interés en incorporarse a la protección del seguro deberá aplicarse un nuevo formato de registro e información socioeconómica. • La afiliación se llevará a cabo en dos periodos: enero y julio. Este año, por tratarse de la puesta en marcha, en cada estado habrá una campaña intensiva durante los primeros meses del primer semestre. En común acuerdo entre las autoridades estatales y la Coordinación General del Seguro Popular de Salud podrá evaluarse la viabilidad de establecer periodos extraordinarios de afiliación. • Todos los individuos mayores de 13 años deberán presentarse en el centro de afiliación para realizar el proceso de credencialización. • Cada asegurado recibirá una Carta de Derechos y Obligaciones, donde se incluye la información básica sobre la cobertura de los servicios del seguro, y el directorio de las unidades médicas más cercanas a su localidad. • En el centro de salud que le corresponda a los asegurados será integrado un expediente individual, el cual contendrá su historia clínica. 	Afiliación y reafiliación	<ul style="list-style-type: none"> · La unidad de afiliación al Programa SPS es la familia nuclear, es decir, el padre y/o la madre así como los hijos menores de 18 años, de ambos o de alguno de ellos que habiten en la misma vivienda. Se puede incluir también, los menores de 18 años en línea de consanguinidad directa con los titulares del Programa SPS y que formen parte del hogar (nietos, hermanos, sobrinos). · La familia nuclear también comprende al padre y la madre del titular o su cónyuge que sean mayores de 64 años que formen parte del hogar y por tanto habiten en la misma vivienda. · Para la afiliación de personas de 18 a 25 años de edad hijos del titular o cónyuge que no sean derechohabientes de la seguridad social y que formen parte del hogar, se considerarán como integrante adicional de la familia nuclear afiliada, y deben aportar un monto equivalente a la cuarta parte de la cuota de afiliación de esa familia. · Para el caso de personas de 18 años o más que deseen afiliarse de manera individual, el criterio para determinar su cuota de afiliación será el que establezca el resultado de la CECASOEH aplicada al hogar del que forma parte y se fija como cuota de aportación la mitad del monto resultante para el hogar. · Para el caso de las trabajadoras(es) domésticas, la determinación de su cuota de afiliación se calculará con la información que proporcionen sobre el hogar del que forma parte y no la del hogar donde preste sus servicios. · Para el caso de la afiliación de infantes y adolescentes menores de 18 años residentes de albergues operados por los sistemas de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y en su caso, otras entidades públicas y/o privadas, será necesaria la petición expresa del gobierno del estado. · La cuota de afiliación y el subsidio correspondiente se calcularán dividiendo el número de infantes y adolescentes entre el tamaño promedio de la familia en la entidad federativa correspondiente para determinar el número de familias a las que equivale la colectividad de infantes y adolescentes. La cuota de afiliación será equivalente a la familia de decil I y el subsidio que se aplique será el correspondiente al subsidio del estado en cuestión. · La Secretaría de Salud podrá establecer políticas específicas sobre cuotas de afiliación para colectividades, siempre y cuando el origen y finalidad de éstas no contravenga a lo establecido en el artículo 55 fracción I del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2003, así como para familias cuyo soporte económico resida en el extranjero, cuidando preservar el principio de solidaridad. · Las personas que se encuentren en el extranjero y deseen afiliarse o reafiliarse a sus familias que viven en el territorio nacional, lo podrán hacer siempre y cuando éstas cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por estas Reglas de Operación, para lo cual se definirán mecanismos apropiados para la recepción de las cuotas de afiliación remitidas por los mexicanos residentes en el exterior.

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Continúa...

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*. 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*. viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Derechos y obligaciones de los asegurados

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
		Afiliación y reafiliación	<ul style="list-style-type: none"> · En el caso de agrupaciones y colectividades que deseen ingresar al Programa SPS se posibilitará la fijación de una cuota uniforme acorde al nivel de ingreso promedio del grupo que se afilie en forma colectiva. · En casos extraordinarios, como desastres ocasionados por fenómenos naturales, que pudieran modificar las condiciones socioeconómicas de los habitantes de las zonas afectadas los Servicios Estatales de Salud podrán solicitar a la Secretaría de Salud, la aplicación de nuevas Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH) a las familias afectadas, con el propósito de establecer cuotas de afiliación que reconozcan las condiciones vigentes. · Para acreditar su inscripción al Programa SPS, cada integrante de la familia afiliada mayor de 12 años, recibe una credencial “Tu salud”, como instrumento de identificación y acceso a los servicios médicos establecidos en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME). Cada familia afiliada recibe la Carta de los Derechos y Obligaciones de los Afiliados con el desglose de servicios médicos a los cuales tiene derecho y la constancia de inscripción en la que se indica el titular y los integrantes beneficiarios en el hogar, la vigencia de derechos, la cuota de afiliación de la familia y su unidad de adscripción. · La vigencia de afiliación de las familias está referida al año calendario, concluyendo el 31 de diciembre como máximo, debiendo renovar su inscripción al Programa SPS mediante el proceso de reafiliación. · Las familias que se afiliaron por periodos menores a 12 meses, podrán reafiliarse en el mismo año calendario al terminar la vigencia de su seguro. · La reafiliación de las familias se podrá realizar por periodos trimestrales. En caso de que una familia no realice el trámite de reafiliación a la conclusión de su vigencia, debe esperar al siguiente periodo de afiliación para volver a incorporarse al Programa SPS, perdiendo la continuidad de los servicios.
		Periodos de afiliación y reafiliación	<ul style="list-style-type: none"> · El Programa SPS opera en el año calendario cuatro periodos trimestrales de reafiliación-afiliación: enero-marzo; abril-junio; julio-septiembre; octubre-diciembre, por lo que las vigencias de cobertura son de 12, 9, 6 o 3 meses, respectivamente, dando inicio el día primero del primer mes de cada trimestre. · La Secretaría de Salud podrá autorizar otros periodos de afiliación a petición de las entidades federativas. · Los interesados en reafiliarse al Programa SPS pueden hacerlo optando entre uno y cuatro trimestres, acorde al trimestre del año en que se incorpore, considerando siempre que la vigencia tendrá como límite máximo el 31 de diciembre del año en curso. · Los interesados en afiliarse por primera vez al Programa SPS pueden hacerlo en cualquiera de los periodos trimestrales y con la vigencia que seleccionen siempre y cuando la entidad federativa de que se trate así lo haya convenido previamente con la Secretaría de Salud. · Las familias afiliadas al 31 de diciembre que deseen renovar su afiliación para el próximo año, tendrán oportunidad de completar su proceso de reafiliación hasta el 31 de enero del año siguiente. Si durante ese lapso requieren de los servicios ofrecidos por el SPS deben cubrir previamente su aportación para recibirlos bajo este esquema.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud

Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
		Requisitos para la afiliación de las familias	<ul style="list-style-type: none"> · Proporcionar la información requerida por la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH). · No ser derechohabiente de la seguridad social. · Presentar comprobante de domicilio. · Clave Unica de Registro de Población (CURP) en caso de contar con ella o ac ta de nacimiento, y · Cubrir la cuota familiar correspondiente al periodo de vigencia. <p>En caso de no contar con la CURP, se le solicita el acta de nacimiento con el propósito de apoyar a la familia en la realización de este trámite. Si no cuentan con CURP ni con acta de nacimiento, se procede conforme a los acuerdos que los gobiernos estatales establezcan con las autoridades del Registro Civil o del DIF para resolver esta situación, aceptándose la credencial de elector o carta de autoridad local como medio de identificación, en tanto se logra un registro oficial.</p>
		Proceso de afiliación y reafiliación	<ul style="list-style-type: none"> · La afiliación de la familia se formaliza mediante la aportación de su cuota familiar, misma que cubre en el propio Módulos de Afiliación y Orientación (MAO) o brigada de afiliación, en sucursal bancaria o en las cajas de los hospitales o unidades de salud y para las personas que se encuentran en el extranjero a través de los mecanismos que se definan. · El titular de la familia afiliada al Programa SPS presenta el comprobante de su aportación, conjuntamente con su CURP y comprobante de domicilio. El comprobante es capturado en el sistema de administración del padrón de familias afiliadas y se da de alta a la familia como beneficiaria. · El MAO expide la(s) credencial(es) con fotografía del titular y sus beneficiarios mayores de 12 años, entrega la Carta de Derechos y Obligaciones de los Afiliados y expide la constancia de inscripción al Programa SPS. · Para reafiliarse, la familia acude al MAO a realizar la aportación de su cuota correspondiente o presentar el comprobante de dicha aportación, actualizando su identificación como familia afiliada y la vigencia de su reafiliación. · El MAO remite la información de las familias afiliadas para actualizar el padrón estatal de familias afiliadas al Programa SPS.
		Padrón de familias afiliadas	<ul style="list-style-type: none"> · Con objeto de construir el padrón de familias afiliadas al Programa SPS a nivel nacional, se integra un sistema informático único que permite la conformación confiable y segura de los padrones estatales y su integración nacional. La Secretaría de Salud provee a las entidades federativas, el programa de cómputo que garantice la confidencialidad de la información de las bases de datos, la confiabilidad de su información y la seguridad y resguardo del padrón de familias afiliadas. · Las entidades federativas operan y actualizan su padrón estatal de familias afiliadas conforme a las políticas y lineamientos establecidos en el sistema informático que permite la captura de la información, los datos comprobantes de las aportaciones y genera la documentación que acredita la afiliación al Programa SPS (fotocredenciales, la carta de los derechos de los afiliados y la constancia de inscripción). · Asimismo, serán responsables de operar las incidencias que se presenten para la actualización de la base de datos en relación a los integrantes de las familias afiliadas como: <ul style="list-style-type: none"> · Los casos de nuevos integrantes del núcleo familiar nacidos con posterioridad a la fecha de afiliación, mismos que deben notificarse en el Módulo de Afiliación y Orientación (MAO). · Los casos de decesos que se presenten en el núcleo familiar durante la vigencia de la afiliación, para lo cual, deberán solicitar a la familia afiliada esta información. · La incorporación de la CURP oficial una vez emitida por la autoridad a las personas que al momento de afiliarse al Programa SPS no contaban con su clave. · Las entidades remiten la información de las familias afiliadas en el periodo de los primeros quince días hábiles de cada trimestre, en la que se notifica el número de familias afiliadas y reafiliadas, el monto de su aportación y la vigencia de la afiliación y reafiliación, entre otros; ello permite validar los datos y dar inicio al trámite para la transferencia del subsidio federal a la entidad. · El área responsable del Programa SPS en la Secretaría de Salud consolida los padrones estatales y genera la información de avance, estadística y cifras control de la operación del Programa a nivel nacional.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
Modelo de atención	<p>El modelo de atención del Seguro Popular de Salud deberá mantener correspondencia con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIDAS) y contemplar, en adición al Catálogo de Beneficios Médicos referido en estas Reglas, al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programación de exámenes preventivos • Integración de expedientes clínicos • Mecanismo de referencia y contrarreferencia • Expedición y surtimiento de recetas • Servicio de atención del Seguro Popular de Salud destinado a informar, asesorar, atender las reclamaciones de los asegurados y a velar por sus derechos <p>Para obtener los servicios, los beneficiarios deberán cubrir los siguientes requisitos desde el inicio del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentar su credencial de asegurado. En caso de no presentarla en los centros de salud, se verificará su vigencia en el padrón de la unidad correspondiente. En caso de urgencia deberá presentar su credencial previo al egreso. • Ser referidos por un centro de salud para acceder a servicios y medicamentos de hospitalización, excepto en casos de urgencias. <p>En el caso de servicios de urgencias que requieran los asegurados, se podrá hacer uso de cualquiera de las unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud, sin tener que pagar la cuota de recuperación que corresponda al servicio empleado.</p> <p>El conjunto de intervenciones que integran el seguro serán ofrecidos por los Servicios Estatales de Salud, estructurados bajo un esquema operativo de regionalización, teniendo como base un Hospital General y los centros de salud con capacidad disponible para atender a los asegurados que se encuentren en su zona de influencia geográfica.</p>	Sistema de administración de servicios y atención al afiliado	<p>Con base en la experiencia obtenida en la primera etapa del Programa SPS se continuará afinando la operación del Sistema de Administración de Servicios y Atención del Afiliado para garantizar que los prestadores de servicios en centros de salud y hospitales cumplan los compromisos adquiridos por el Programa SPS. Este sistema integra las acciones de los Servicios Estatales de Salud para la provisión de servicios, mantiene correspondencia con el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) y contiene los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La selección de la red de prestadores. • La asesoría a los beneficiarios sobre sus derechos y obligaciones. • La atención médica garantizada en el CABEME. • La programación de citas para consulta externa. • La integración de expedientes clínicos. • La expedición y el surtimiento de recetas. • Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. • El mecanismo de referencia y contrarreferencia de pacientes. • Los criterios de hospitalización y cirugía. • El seguimiento a quejas y sugerencias de los beneficiarios. • El control estadístico de la operación a través de un sistema de información. <p>La evaluación de los servicios prestados.</p> <p>Para hacer uso de los servicios, los beneficiarios deben cubrir los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentar su credencial de afiliado. En caso de urgencia debe presentar su credencial previo al egreso. • Ser referidos desde su centro de salud de adscripción para acceder a servicios y medicamentos de hospitalización. Excepto en casos de urgencias. <p>El sistema de atención contempla que las intervenciones del Programa SPS se otorguen por los Servicios Estatales de Salud, bajo el esquema operativo de regionalización, teniendo como base un hospital general y los centros de salud que cuenten con la capacidad para atender a los afiliados en su zona de influencia geográfica.</p> <p>A cada familia afiliada se le asignará un centro de salud para su atención primaria. Los beneficiarios del Programa SPS que necesiten de una intervención que no pueda ofrecerse en su unidad médica de adscripción podrán ser referidos a otra unidad para que se les brinde la atención, en estos casos los gastos de traslado, hospedaje y alimentación del paciente y/o sus acompañantes, no podrán ser cubiertos con los recursos transferidos para el Programa.</p> <p>Para tener acceso a los servicios otorgados por el Programa SPS en los hospitales de la red es necesario haber sido referido de su centro de salud de adscripción, excepto en los casos de urgencias médicas, en cuyo caso el afiliado podrá hacer uso de cualquiera de las unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud.</p>

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
Contraloría social	<p>Con el propósito de incorporar a la ciudadanía en el control, vigilancia y evaluación del Seguro Popular de Salud, los Servicios Estatales de Salud promoverán la participación social promoviendo acciones tendientes a informar a la ciudadanía y a los beneficiarios de este Seguro sobre los apoyos otorgados, con el fin de que los propios beneficiarios se constituyan en instancias de contraloría social. Esta función supondrá el planteamiento de espacios de comunicación gobierno-sociedad y la capacitación e implementación de mecanismos directos de captación de quejas, denuncias y evaluación de los servicios. Estas acciones se realizan, en lo que corresponde, con la SECODAM. Entre los principales mecanismos de Contraloría Social propuestos se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La interacción con los promotores del Seguro Popular de Salud y colaboración para hacer recomendaciones para mejorar su operación. • El desarrollo de sesiones informativas que tendrán el objetivo de difundir el programa, concientizar a la población, promover el registro, escuchar las sugerencias de los beneficiarios y darle seguimiento en general al Seguro Popular de Salud. La comunicación al teléfono de atención a beneficiarios (que recibirán al momento del registro) cuando detecten algún tipo de anomalía o requieran apoyo. • La participación de la autoridad municipal o estatal, a través de los organismos de control estatales equivalentes a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, para recibir demandas o quejas relacionadas con el Seguro Popular de Salud. • El médico de primer contacto que se encuentra en el centro de salud de la comunidad, podrá también escuchar las preocupaciones y sugerencias de los beneficiarios y transmitirlos a las autoridades correspondientes. • Los Servicios Estatales de Salud promoverán el establecimiento de un aval social a los resultados obtenidos por el Seguro Popular de Salud incorporando para el análisis de la información, a alguna institución no gubernamental con prestigio local. 	Contraloría social	<p>Con el propósito de incorporar a la ciudadanía en el control, vigilancia y evaluación del Programa SPS, los Servicios Estatales de Salud impulsarán la participación social promoviendo acciones tendientes a informar a la ciudadanía y a los beneficiarios sobre los apoyos otorgados, con el fin de que los propios afiliados se constituyan en instancias de contraloría social. Esta función supondrá el planteamiento de espacios de comunicación gobierno-sociedad y la capacitación e implementación de mecanismos directos de captación de quejas, denuncias y evaluación de los servicios. Entre los principales mecanismos de Contraloría Social propuestos se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La interacción con los promotores del Programa SPS y otros servidores públicos vinculados con la conducción del Programa SPS para hacer recomendaciones para mejorar su operación. • El desarrollo de sesiones informativas que tendrán el objetivo de difundir el Programa, concientizar a la población, promover el registro, escuchar las sugerencias de los beneficiarios y darle seguimiento en general al Programa SPS. • La comunicación sin costo alguno, al teléfono de atención a beneficiarios cuando detecten algún tipo de anomalía o requieran apoyo. • La participación de la autoridad municipal o estatal, a través de los Servicios de control estatales equivalentes a la Secretaría de la Función Pública, para recibir demandas o quejas relacionadas con el Programa SPS. • El médico de primer contacto que se encuentra en el centro de salud de la comunidad, podrá también escuchar las preocupaciones y sugerencias de los beneficiarios y transmitirlos a las autoridades correspondientes. • Los Servicios Estatales de Salud promoverán el establecimiento de un aval social a los resultados obtenidos por el Programa SPS incorporando para el análisis de la información, a alguna institución no gubernamental con prestigio local. <p>• Buzón para remitir quejas, denuncias y sugerencias.</p>

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2004

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
Administración de Fondos	<p>Las fuentes de financiamiento del Seguro Popular de Salud provienen de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subsidio federal para cada familia asegurada • Cuotas de afiliación que aportan los asegurados <p>Para la operación del Seguro Popular de Salud los Servicios Estatales de Salud reciben un subsidio federal por cada familia asegurada, en adición a los recursos fiscales autorizados en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación.</p> <p>La Secretaría de Salud remitirá mensualmente a los Servicios Estatales de Salud el subsidio federal correspondiente, con base en los Padrones de Familias e Individuos con aseguramiento vigente. Es responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud mantener actualizados los padrones de asegurados.</p> <p>La administración de esos recursos por parte de los Servicios Estatales de Salud, estará sujeta a las leyes, normatividad y reglamentación vigentes para el manejo de los recursos federales, las disposiciones establecidas en la materia en cada entidad federativa, así como las presentes Reglas de Operación y los Acuerdos de Coordinación que se celebren con las entidades federativas correspondientes.</p>	Fuentes de Financiamiento	<p>Las fuentes de financiamiento del Programa SPS provienen de:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Subsidio federal para cada familia afiliada · Cuotas de afiliación
		Subsidio Federal	<p>Para la prestación de los servicios médicos del Programa SPS los Servicios Estatales de Salud reciben un subsidio, que por cuenta de las familias afiliadas, le transfiere el Gobierno Federal y cuyo monto se calcula como la diferencia del costo estimado del CABEME y los recursos disponibles en el Estado, según se establece en el apartado 4.3 de estas Reglas de Operación.</p> <p>La Secretaría de Salud transferirá a los Servicios Estatales de Salud, en el transcurso de los 30 días naturales posteriores a la recepción del padrón de familias afiliadas vigentes en cada trimestre, el monto del subsidio correspondiente al periodo.</p> <p>La administración de esos recursos por parte de los Servicios Estatales de Salud, estará sujeta, a lo establecido por estas Reglas de Operación, los Acuerdos de Coordinación que se celebren con las entidades federativas correspondientes y las disposiciones estatales, siempre que no contravengan las disposiciones anteriores.</p>

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2003

Concepto	2002 a/				2003 b/						
Cuotas de afiliación	El monto que por concepto de cuota aportará cada familia nuclear como unidad básica de afiliación se determinará con base en su nivel de ingreso y consecuentemente su capacidad de pago . Para el caso de personas de 18 años o más que deseen afiliarse de manera individual, serán consideradas como familia unipersonal. En consecuencia se les aplican los mismos criterios y políticas para determinar su capacidad de pago y definir el monto de su aportación. Con el propósito de medir la capacidad de pago se ha desarrollado un instrumento para la obtención de información socioeconómica de las familias que se aplicará a nivel nacional de manera estandarizada. La clasificación del nivel de ingreso se realizará mediante un sistema de puntajes empleando un modelo de análisis discriminante.				El monto que por concepto de cuota aporta cada familia nuclear como unidad básica de afiliación se determina con base en la información socioeconómica obtenida en la CECASOEH, mediante la aplicación del sistema de puntajes obtenido a través de la aplicación del método de análisis discriminante . A las familias beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades que deseen incorporarse al Programa SPS, se les fija una cuota de afiliación equivalente al primer decil de ingreso, cuyo monto se presenta en el cuadro 7.2 de estas Reglas de Operación. En el caso de que se incorporen familias beneficiarias de programas sociales del Gobierno Federal para las que ya se disponga de una valoración de su nivel de ingreso, tales como: Programa de Tortilla y Programa de Abasto Social de Leche, se definirán sistemas de correspondencia entre sus mediciones y los niveles de aportación que establece el Programa SPS . Para llevar a cabo estas tareas, así como para cumplir con los estándares que se establezcan para la integración de padrones de los programas sociales del gobierno federal se atenderán las disposiciones que al respecto emitan la SSA y/o SEDESOL . Con base en los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud, efectuada en diciembre del 2001, considerando nivel de ingreso y disposición de pago se definieron los montos de las cuotas de afiliación por decil de ingreso según se muestra en el cuadro las cuales se ajustaron para el 2003 en base al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) y los montos individuales se ajustaron a múltiplos de 5 o 10 pesos según corresponda .						
	En el caso de que se incorporen familias beneficiarias de programas sociales del gobierno federal para las que ya se disponga de una valoración de su capacidad de pago, como son los de leche y tortilla, se aplicarán esos criterios . Para llevar a cabo estas tareas, así como para cumplir con los estándares establecidos para la integración de padrones de los programas sociales del gobierno federal se han establecido los acuerdos requeridos con la Secretaría de Desarrollo Social . Los niveles de las cuotas se incrementan conforme aumenta el ingreso de las familias; esto permite mantener un principio de equidad por el carácter progresivo de los pagos y por que los hogares que se encuentren en un mismo nivel de ingreso, aportarán la misma cuota. Con base en los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Aseguramiento en Salud y gasto en salud efectuada en diciembre del 2001, considerando nivel de ingreso y disposición de pago se definieron los montos de las cuotas de afiliación por decil de ingreso según se muestra en el cuadro.				Cuota por familia según decil de ingreso						
	De esta encuesta se calcula que el monto promedio anual que la familia no asegurada está dispuesta a aportar para afiliarse al Seguro Popular de Salud es de \$1,717.02 Para determinar los montos de las cuotas se tomó en consideración que éstos sean significativamente menores que el gasto de bolsillo reportado en las Encuestas de Ingreso-Gasto de los Hogares del INEGI, por concepto de cuidados médicos y conservación de la salud.				Deciles de ingreso¹		Ingreso corriente Trimestral por hogar		Trimestral	Semestral	Anual
					Promedio		Rango2				
					I	3,537	1,808-5,170		65	130	260
					II	6,157	5,171-7,154		95	190	380
					III	8,395	7,155-9,296		160	320	640
					IV	10,707	9,297-11,689		285	570	1,140
					V	13,284	11,690-14,520		475	950	1,900
					VI	16,511	14,521-18,035		600	1,200	2,400
					VII	20,611	18,036-22,699		790	1,580	3,160
					VIII	26,209	22,700-29,396		945	1,890	3,780
					IX	37,502	29,397-44,689		1,260	2,520	5,040
					X	90,224	77,593-102,855		1,575	3,150	6,300
	1/ Agrupación del total de hogares en diez estratos con igual número de hogares, ordenados de menor a mayor de acuerdo a su ingreso corriente monetario trimestral (ENIGH, 2000). 2/ La determinación de los rangos del ingreso corriente monetario trimestral promedio por hogar, para cada decil, se obtuvo a partir de la aplicación de dos desviaciones estándar, de acuerdo con la base de datos de la ENIGH 2000. Para determinar los montos de las cuotas se tomó en consideración que éstos sean significativamente menores que el gasto de bolsillo reportado en las Encuestas de Ingreso-Gasto de los Hogares del INEGI, por concepto de cuidados médicos y conservación de la salud. El afiliado puede elegir el periodo de cobertura acorde a sus posibilidades económicas: 3, 6, 9 o 12 meses. La aplicación de las cuotas de afiliación que aportan los asegurados está sujeta a los rubros de gasto establecidos en los Acuerdos de Coordinación que se celebren con las entidades federativas correspondientes										
Cuota por familia según decil de ingreso											
Deciles de ingreso¹				Ingreso trimestral promedio por hogar		Cuota semestral		Cuota Anual			
I				3,537		120		240			
II				6,157		180		360			
III				8,395		300		600			
IV				10,707		540		1080			
V				13,284		900		1800			
VI				16,511		1140		2280			
VII				20,611		1500		3000			
VIII				26,209		1800		3600			
IX				37,502		1800		4800			
X				90,224		3000		6000			

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud

Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2003

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
Seguimiento y Evaluación	<p>En lo relativo al seguimiento y evaluación del Seguro Popular de Salud se incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La observación continua de las principales actividades, a través de un grupo de indicadores específicos, con el fin de corregir y ajustar, en el momento, los insumos y recursos necesarios para la consecución de las metas operativas del programa. 2. El análisis periódico de su eficiencia, progreso, resultados e impacto con el fin de determinar en qué medida se están alcanzando los objetivos propuestos y qué podría explicar las diferencias entre lo obtenido y lo esperado. Este análisis contempla una serie de conclusiones y recomendaciones de acción para el futuro. <p>Los principales objetivos del Seguro Popular de Salud cuyo cumplimiento habrá de seguirse y evaluarse son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La eliminación de las barreras financieras al acceso a las intervenciones incluidas dentro del Catálogo de Beneficios Médicos. • El acceso a servicios de calidad técnica y a los medicamentos y otros insumos requeridos para satisfacer las necesidades de salud de la población afiliada. • La garantía de un trato adecuado en el uso tanto de los servicios personales como no personales contemplados en el Catálogo de intervenciones. • La reducción de los gastos de bolsillo por motivos de salud en los hogares afiliados. <ul style="list-style-type: none"> • La reducción de los gastos catastróficos por motivos de salud en los hogares afiliados. <ul style="list-style-type: none"> • La diseminación de la cultura de aseguramiento contra riesgos para la salud (disposición a pagar) entre la población actualmente no asegurada. 	Seguimiento y evaluación	<p>En lo relativo al seguimiento y evaluación del Programa SPS se incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El seguimiento continuo de las principales actividades a través de un grupo de indicadores específicos, con el fin de corregir y ajustar en el momento, los insumos y recursos necesarios para la consecución de las metas operativas del Programa. 2. La evaluación periódica de su eficiencia, resultados e impacto y con el fin de establecer en qué medida se están alcanzando los objetivos propuestos y qué podría explicar las diferencias entre lo obtenido y lo esperado. Esta evaluación contempla una serie de conclusiones y recomendaciones de acción para el futuro. <p>Los principales objetivos del Programa SPS cuyo cumplimiento habrá de seguirse y evaluarse son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La eliminación de las barreras financieras de acceso a las intervenciones incluidas dentro del Catálogo de Beneficios Médicos CABEME. • La reducción de los gastos de bolsillo por motivos de salud en los hogares afiliados. • La disminución de los gastos catastróficos por motivos de salud en los hogares afiliados. • El acceso a servicios de calidad técnica y a los medicamentos y otros insumos requeridos para satisfacer las necesidades de salud de la población afiliada. • La satisfacción del usuario por la recepción de un trato adecuado y digno. <p>Estos objetivos de seguimiento y evaluación se cumplirán mediante el diseño y puesta en operación de a) un sistema de seguimiento y b) un sistema de evaluación.</p>
Sistema de seguimiento	<p>Para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos del Seguro Popular de Salud se pondrá en marcha un sistema de seguimiento de las principales actividades sustantivas de este programa. Su herramienta principal será la lista de indicadores que se muestran en el punto 9 correspondiente a indicadores.</p> <p>Para estos indicadores se fijarán estándares y metas que deberán alcanzarse en periodos determinados de tiempo. La generación de esta información será responsabilidad de las unidades operadoras del Seguro Popular de Salud estatales y federal. Otras fuentes de información serán las Encuestas Continuas de Salud -que darán inicio en el 2002- y el Sistema de Información en Salud de la SSA.</p>	Sistema de seguimiento	<p>Para medir el avance en el cumplimiento de las metas y objetivos del Programa SPS se puso en marcha un sistema de seguimiento de las principales actividades sustantivas de este Programa. Su herramienta principal es la lista de indicadores que se muestran en el apartado 9 de estas Reglas de Operación.</p> <p>La información relativa a los procesos de afiliación se obtiene de los registros y procedimientos contenidos en el sistema de administración del padrón de familias afiliadas; los datos relativos a la utilización de servicios se obtienen a partir del sistema de información para población abierta (SISPA) y cuya operación es responsabilidad de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.</p> <p>El seguimiento de las actividades sustantivas de este Programa se realizará mediante un sistema de información gerencial para monitorear la producción de servicios clínicos.</p> <p>Este seguimiento permitirá analizar la variación en el consumo de servicios así como en el tipo y monto de los recursos utilizados durante el proceso de atención médica y afinar la estimación del costo de operación, contribuyendo a fortalecer la gerencia del Programa SPS y la toma de decisiones. La generación, captura y envío de la información es responsabilidad de las unidades operadoras del Programa SPS a nivel estatal y su integración al sistema de seguimiento es responsabilidad del área encargada del Programa SPS en la Secretaría de Salud.</p>

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, 15 de marzo 2002. b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2003

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
Sistema de Evaluación	<p>Evaluación Indirecta</p> <p>El Sistema Nacional de Evaluación de la SSA cuenta con instancias internas y externas de evaluación. Dentro de las instancias internas, se incluye un sistema de evaluación del desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud que cuenta con cinco "indicadores de desempeño": esperanza de vida saludable, índice de desigualdad en salud, índice de trato adecuado, índice de desigualdad en trato adecuado e índice de protección financiera. Este último índice mide tanto la equidad de la contribución al financiamiento de los servicios de salud como la protección que ofrece el sistema contra el empobrecimiento por motivos de salud. Por estas razones puede utilizarse para darle seguimiento a todas aquellas actividades que influyen en el perfil de financiamiento de los servicios de salud y en la protección de los hogares mexicanos contra gastos catastróficos por motivos de salud.</p> <p>El Seguro Popular de Salud supone una importante movilización de recursos financieros, sobre todo públicos, que habrá de favorecer a los grupos más desprotegidos. También supone la ampliación del prepago en el sector. Por estas dos razones su implantación muy probablemente impactará los valores tanto nacionales como estatales del índice de protección financiera. Este indicador, aunque se ve afectado por actividades que rebasan el ámbito de competencia del Seguro Popular de Salud, podrá utilizarse para darle seguimiento indirecto al desempeño de este seguro, tanto en el nivel nacional como estatal. Las cifras estatales, además, permitirán generar un sistema de evaluación comparativo que promoverá el aprendizaje a partir de las experiencias más exitosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El valor de este índice se reportará, para el nivel nacional, anualmente a partir de 2002 (cifras de 2000). • Para el nivel estatal, el índice de protección financiera empezará a reportarse de manera regular a partir de 2004. <p>Evaluación Ad Hoc</p> <p>Además del seguimiento indirecto a través del índice de protección financiera, el Seguro Popular de Salud, como programa prioritario de la actual administración, será sujeto de evaluaciones ad hoc. Estas evaluaciones incluirán una medición basal, que se realizará en 2001 y 2002, una evaluación intermedia en el año 2004 y una evaluación final en el año 2006. Estas evaluaciones ad hoc medirán básicamente los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • desempeño del Seguro Popular de Salud en su componente gerencial (identificación de las condiciones socio-económicas de la población blanco; definición y manejo de los subsidios; credencialización; mercadotecnia); • eliminación de las barreras financieras al acceso a los servicios de salud incluidos en el Catálogo de Beneficios Médicos (renuncia o postergación de la atención por motivos financieros); • calidad técnica con las que se están proporcionando los servicios; • abasto y acceso a los medicamentos asociados al Catálogo de Beneficios Médicos; 	Sistema de Evaluación	<p>Evaluación Indirecta</p> <p>El Sistema Nacional de Evaluación de la Secretaría de Salud cuenta con instancias internas y externas de evaluación. Dentro de las instancias internas, se incluye un sistema de evaluación del desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud que cuenta con cinco "indicadores de desempeño": esperanza de vida saludable, índice de desigualdad en salud, índice de trato adecuado, índice de desigualdad en trato adecuado e índice de protección financiera. Este último índice indirecto mide tanto la equidad de la contribución al financiamiento de los servicios de salud, como la protección que ofrece el sistema contra el empobrecimiento por motivos de salud. Por estas razones puede utilizarse para darle seguimiento a todas aquellas actividades que influyen en el perfil de financiamiento de los servicios de salud y en la protección de los hogares mexicanos contra gastos catastróficos por motivos de salud. Para el nivel estatal, el índice de protección financiera empezará a reportarse a partir de 2004.</p> <p>Evaluación Ad Hoc</p> <p>Además del seguimiento indirecto a través del índice de protección financiera, el Programa SPS, como programa prioritario de la actual administración, será sujeto de evaluaciones ad hoc. Estas evaluaciones incluyen una medición basal, que se realizó en 2001 y 2002. Para el año 2003 se llevará a cabo una evaluación ad hoc por un evaluador externo, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 54, fracción IV, inciso b del PEF 2003. Posteriormente se realizará una evaluación intermedia en el año 2004 y una evaluación final en el año 2006. Estas evaluaciones ad hoc medirán básicamente los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desempeño del Programa SPS en su componente gerencial; identificación de las condiciones socioeconómicas de la población objetivo; definición y manejo de los subsidios; credencialización. • Eliminación de las barreras financieras de acceso a los servicios de salud incluidos en el CABEME (renuncia o postergación de la atención por motivos financieros). • Abasto y acceso a los medicamentos asociados al CABEME. • Trato adecuado (tiempos de espera, información al usuario, maltrato, autonomía, capacidad de elección, acceso a redes de apoyo, etc. • Percepción que tienen los prestadores de servicios médicos del Programa SPS. • Gasto de bolsillo para la atención de necesidades de salud entre la población objetivo. <ul style="list-style-type: none"> • Incidencia/prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud entre la población objetivo. <p>Estrategia Metodológica</p> <p>Para las evaluaciones ad hoc inicial y subsecuentes se utilizarán dos estrategias metodológicas: a) los estudios quasi-experimentales y b) las encuestas tipo panel. En ambos casos se utilizarán métodos probabilísticos para seleccionar las poblaciones de estudio una vez que se hayan definido de manera precisa los beneficiarios de la intervención. Los estudios quasi-experimentales comparan poblaciones que reciben la intervención -en este caso el Programa SPS- con otras que no la reciben. Esta estrategia es útil para comparar la eliminación de las barreras financieras al acceso a servicios de salud, el acceso a servicios de alta calidad técnica y a los medicamentos y otros insumos a ellos asociados, requeridos para satisfacer las necesidades de salud de la población afiliada, el trato adecuado, los gastos de bolsillo por motivos de salud y la incidencia/prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud.</p>

Continúa...

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002-2003

Concepto	2002 a/	Concepto	2003 b/
Sistema de Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • trato adecuado (tiempos de espera, información al usuario, maltrato, autonomía, capacidad de elección, acceso a redes de apoyo); • percepción que tienen los proveedores del Seguro Popular de Salud; • gasto de bolsillo para la atención de necesidades de salud entre la población objetivo; • incidencia/prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud entre la población objetivo; • disponibilidad a prepagar para protegerse contra riesgos a la salud entre la población objetivo. <p>Estrategia Metodológica</p> <p>Para las evaluaciones ad hoc inicial y subsecuentes se utilizarán dos estrategias metodológicas: i) los estudios quasi-experimentales y ii) las encuestas tipo panel. En ambos casos se utilizarán métodos probabilísticos para seleccionar las poblaciones de estudio una vez que se hayan definido de manera precisa los beneficiarios de la intervención. Los estudios quasi-experimentales comparan poblaciones que reciben la intervención –en este caso el Seguro Popular de Salud– con otras que no la reciben.</p> <p>Esta estrategia es útil para comparar la eliminación de las barreras financieras al acceso a servicios de salud, el acceso a servicios de alta calidad técnica y a los medicamentos y otros insumos a ellos asociados, requeridos para satisfacer las necesidades de salud de la población afiliada, el trato adecuado, los gastos de bolsillo por motivos de salud y la incidencia/prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud.</p> <p>Las encuestas tipo panel, por su parte, permiten identificar cambios a través del tiempo en los mismos individuos u hogares. Esta estrategia se puede aplicar a las poblaciones que reciben las intervenciones del Seguro Popular de Salud. Adicionalmente, es probable que poblaciones que inicialmente se utilicen como poblaciones control se incorporen posteriormente al Seguro Popular de Salud. En estos casos es perfectamente posible hacer comparaciones ex-ante/ex-post.</p> <p>Responsables</p> <p>La producción de información para generar los valores de los indicadores de seguimiento del SPS y la difusión de éstos serán responsabilidad de los encargados estatales del programa y de la Coordinación General del Seguro Popular de Salud.</p> <p>El cálculo y difusión de los valores del índice de justicia financiera para el nivel nacional y para los niveles estatales será responsabilidad de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la SSA.</p> <p>Finalmente, las evaluaciones ad hoc se harán de manera externa para evitar conflictos de interés, conforme a lo dispuesto en el Artículo 63 Fracción V, Inciso b, del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, 2002.</p>	Sistema de Evaluación	<p>Las encuestas tipo panel, por su parte, permiten identificar cambios a través del tiempo en los mismos individuos u hogares. Esta estrategia se puede aplicar a las poblaciones que reciben las intervenciones del Programa SPS. Adicionalmente, es probable que poblaciones que inicialmente se utilicen como poblaciones control se incorporen posteriormente al Programa SPS. En estos casos es perfectamente posible hacer comparaciones ex-ante/ex-post.</p> <p>Responsables</p> <p>La producción de información para generar los valores de los indicadores de seguimiento del Programa SPS y la difusión de éstos serán responsabilidad de los encargados del Programa en los SEESA y el área encargada del Programa SPS en la Secretaría de Salud .</p> <p>El cálculo y difusión de los valores del índice de justicia financiera para el nivel nacional y para los niveles estatales será responsabilidad de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud.</p>

Nota: Se destaca con negritas los cambios mas representativos en cada año.

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002

Nombre	Porcentaje de familias incorporadas
Objetivo	Medir el grado de avance en la incorporación de familias
Unidad de medida	Familias incorporadas
Fórmula	Número de familias incorporadas, entre el total estimado de familias en población abierta
Periodicidad	Trimestral
Nombre	Porcentaje de familias dadas de baja
Objetivo	Medir el nivel de familias afiliadas dadas de baja
Unidad de medida	Familias dadas de baja
Fórmula	Número de familias que interrumpen su afiliación entre el total de familias incorporadas
Periodicidad	Semestral
Nombre	Porcentaje de familias afiliadas al seguro popular que se integran a la seguridad social
Objetivo	Medir el número de familias afiliadas que se dan de baja para incorporarse a la seguridad social
Unidad de medida	Familias dadas de baja por incorporarse a la seguridad social
Fórmula	Número de familias dadas de baja por incorporarse a la seguridad social entre el total de familias dadas de baja
Periodicidad	Semestral
Nombre	Promedio de cuotas captadas por familia afiliada
Objetivo	Determinar las aportaciones promedio de las familias afiliadas
Unidad de medida	Aportación promedios
Fórmula	Total de cuotas de afiliación entre el número de familias afiliadas
Periodicidad	Semestral
Nombre	Porcentaje de la capacidad utilizada en consulta externa
Objetivo	Determinar el porcentaje de demanda de servicio de consulta externa en la zona de cobertura con respecto a la oferta total de servicios de consulta externa en dicha zona de cobertura
Unidad de medida	Servicios en consulta externa
Fórmula	Total de consultas generadas por afiliados entre la capacidad total de consultas en la zona de cobertura
Periodicidad	Trimestral
Nombre	Porcentaje de la capacidad utilizada en hospitalización
Objetivo	Determinar el porcentaje de demanda de servicios en hospitalización en la zona de cobertura con respecto a la oferta total de servicios en hospitalización en dicha zona de cobertura
Unidad de medida	Servicios de hospitalización
Fórmula	Total de días cama ocupadas por pacientes afiliados entre la oferta total de días cama en la zona de cobertura
Periodicidad	Trimestral
Nombre	Porcentaje de la población afiliada que requirió atención hospitalaria
Objetivo	Determinar el porcentaje de la población que tuvo que ser internada en un hospital
Unidad de medida	Paciente hospitalizado
Fórmula	Número de egresos hospitalarios de afiliados entre el total de la población afiliada
Periodicidad	Trimestral
Nombre	Promedio de días estancia por egreso hospitalario
Objetivo	Determinar los días utilizados de cama-hospital por paciente internado
Unidad de medida	Promedio de días cama por paciente
Fórmula	Total de días cama utilizado por pacientes afiliados entre número de egresos hospitalarios de la población afiliada
Periodicidad	Trimestral
Nombre	Porcentaje de afiliados con expediente clínico
Objetivo	Determinar el porcentaje de la población afiliada con expediente clínico en su unidad de adscripción
Unidad de medida	Afiliado con expediente clínico
Fórmula	Número de expedientes clínicos de afiliados entre el total de afiliados
Periodicidad	Semestral
Nombre	Porcentaje de hospitales certificados
Objetivo	Garantizar un nivel aceptable de calidad de servicio en hospitales de cobertura del seguro popular
Unidad de medida	Hospital certificado
Fórmula	Número de hospitales certificados participantes en el seguro popular en zonas de cobertura entre el total de hospitales participantes en dichas zonas de cobertura
Periodicidad	Semestral
Nombre	Porcentaje de pacientes referidos al segundo nivel de atención
Objetivo	Determinar la capacidad resolutive en el primer nivel de atención
Unidad de medida	Pacientes referidos al segundo nivel
Fórmula	Número total de paciente afiliados referidos al segundo nivel entre total de pacientes atendidos afiliados en el primer nivel
Periodicidad	Trimestral

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS
Características de los Apoyos

SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA	
INMUNIZACIONES ,DETECCION Y PREVENCION	
1	Inmunización contra poliomielitis
2	Inmunización contra sarampión, rubéola y parotiditis
3	Inmunización con vacuna pentavalente
4	Inmunización con BCG
5	Inmunización contra DPT
6	Inmunización contra difteria y tétanos, Td
7	Inmunización con toxoide tetánico
8	Inmunización contra influenza en el adulto
9	Inmunización contra neumococo en el adulto
10	Detección de la Diabetes Mellitus
11	Detección de la Hipertensión Arterial
12	Detección de trastornos de la agudeza visual en niños
13	Detección de cáncer cérvico-uterino
14	Detección de cáncer de mama (clínica, mastografía y biopsia)
15	Detección de hipertrofia de próstata (clínica, antígeno y toma de biopsia)
SERVICIOS DE CONSEJERIA MEDICA, PSICOLOGICA, DIETA Y EJERCICIO	
16	Vigilancia de la nutrición, crecimiento y consulta del niño sano
17	Examen físico anual para adultos mayores de 40 años
18	Consejería Nutricional y de Ejercicio (obesidad, hipercolesterolemia, osteoporosis, HTA)
19	Grupos de autoayuda para desarrollar conductas saludables
20	Detección, consejería y referencia de adicciones
21	Consejería sobre Salud Reproductiva
22	Detección y consejería para la prevención de ITSs (VIH, sífilis, Hep. B y chlamidia)
SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA	
MEDICINA FAMILIAR	
23	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus tipo II
24	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial
25	Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad péptica (incluye endoscopia)
26	Diagnóstico y tratamiento del asma (incluye urgencias y hospitalización)
27	Diagnóstico y tratamiento de gota
28	Diagnóstico y tratamiento anemia ferropriva
29	Diagnóstico y tratamiento de enfermedad articular degenerativa
30	Diagnóstico y tratamiento de dermatosis simples
31	Diagnostico y tratamiento de la Otitis Media Aguda
32	Diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda
33	Diagnóstico y tratamiento del Cólera
34	Diagnóstico y tratamiento de parasitosis intestinal
35	Diagnóstico y tratamiento de infección respiratoria aguda
36	Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis
37	Diagnóstico y tratamiento del dengue clásico y hemorrágico (incluye urgencias y hospital)
38	Diagnóstico y tratamiento del paludismo
39	Diagnóstico y tratamiento de brucelosis
40	Diagnóstico y tratamiento de la lepra
41	Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de vías urinarias y pielonefritis
42	Diagnóstico y tratamiento de ITS (sífilis, gonorrea, candidiasis, clamidia y tricomonas)

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002
 Anexo 1

SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA	
43	Diagnóstico y consejería del tabaquismo en adolescentes
44	Diagnóstico y consejería del alcoholismo
45	Diagnóstico y tratamiento farmacológico ambulatorio de la depresión
46	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la epilepsia
SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA	
47	Planificación familiar con métodos temporales, anticonceptivos
48	Planificación familiar con métodos temporales, preservativos
49	Planificación familiar con métodos temporales, DIU
50	Planificación familiar con métodos definitivos: vasectomía
51	Clínica de displasias y conización
UNIDAD BASICA DE REHABILITACION	
52	Rehabilitación de fracturas
53	Rehabilitación de parálisis facial
54	Estimulación temprana del prematuro
SERVICIOS DE ODONTOLOGIA	
55	Prevención de caries (curetaje, odontoxesis y aplicación tópica de flúor)
56	Obturación de caries de 1er. y 2o. grado con amalgama
SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y CIRUGIA	
ATENCION DE URGENCIAS	
57	Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curaciones y suturas)
58	Diagnóstico y tratamiento de fracturas cerradas de huesos largos
59	Diagnóstico y tratamiento de envenenamientos
60	Prevención de la rabia y manejo de mordeduras
61	Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente
62	Diagnóstico y tratamiento del alacranismo y picaduras
63	Estabilización de pacientes (Hipertensión, Diabetes, Angor pectoris)
SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	
64	Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis
65	Diagnóstico y tratamiento de la neumonía
66	Diagnóstico y tratamiento de meningitis
ATENCION DEL EMBARAZO, PARTO Y RECIEN NACIDO	
67	Atención prenatal del embarazo y detección y referencia del embarazo de alto riesgo
68	Atención del parto normal y del puerperio
69	Atención perinatal del recién nacido
70	Tamiz metabólico del recién nacido (hipotiroidismo y fenilcetonuria)
71	Tratamiento del hipotiroidismo congénito
SERVICIOS QUIRURGICOS	
72	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de hernia inguinal
73	Planificación familiar con métodos definitivos: salpingoclasia
74	Planificación familiar con métodos definitivos: salpingoclasia
75	Planificación familiar con métodos definitivos: salpingoclasia
76	Colecistectomía abierta
77	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del abdomen agudo quirúrgico
78	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del abdomen agudo quirúrgico

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

**LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2002**

	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Beneficiarios	GENERICO INTERCAMBIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
1	Acarbosa	Tabletas de 50 mg, envase c/30		Miligramos
2	Acetaminofén solución oral	Acetaminofén solución oral		Miligramos
3	Acetaminofén gotas	100 mg/ml, frasco 15 ml		Miligramos
4	Acetaminofén tabletas	Tabletas 300 mg. Caja con 10		Miligramos
5		Tabletas 500 mg		Miligramos
6	Acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol	Ampolleta 25 mg		Ampolleta
7	Acido fólico, inyectable	Ampolletas		Ampolleta
8	Acido fólico, tabletas	tabletas	GI, HEMATOLOGIA	Tabletas
9	Albendazol susp.	20 mg/ml fco. 20 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
10	Albendazol, suspensión	Suspensión 20 mg fco. 20 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
11	Albendazol, tabletas	Caja con 2 tabletas de 200 mg. c/u	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
12	Ambroxol, comprimidos	Comprimidos de 30 mg, c/20	GI, NEUMOLOGIA	Miligramos
13	Ambroxol, solución oral	Frasco con 120 ml	GI, NEUMOLOGIA	Miligramos
14	Amitriptilina			Miligramos
15	Amoxicilina, suspensión	Suspensión 250 mg, envase con 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
16	Amoxicilina, tabletas	Tabletas 500 mg, caja c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
17	Amoxicilina/ Ac. Clavulanico 125/31.25 mg	Suspensión 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
18	Amoxicilina/ Ac. Clavulanico 250/62.5 mg	Suspensión 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
19	Ampicilina, cápsulas	Cápsulas de 250 mg. caja con 20	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
20	Ampicilina, inyectable	Ampolleta de 1 gr.	GI, ENF. INFECC.	Ampolleta
21	Ampicilina, suspensión 125 mg	Suspensión 125 mg, envase con 60 ml		
22	Ampicilina, suspensión 250 mg	Suspensión 250 mg/5 ml, envase 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
23	Atropina			Ampula
24	Aztemizol	Tabletas 10 mg, c/10		Tableta
25	Beclometasona aerosol	Envase c/200 dosis	GI, NEUMOLOGIA	Disparos
26	Benzoato de bencilo	Emulsión dérmica 300 mg. con 120 ml		Envase
27	Betametasona, solución inyectable	Ampolleta 3 mg	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Ampolletas
28	Bicarbonato de sodio inyectable	Ampolleta 10 ml	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Ampolletas
29	Bromuro de ipatropio	Aerosol 10 ml (200 dosis)		Disparos
30	Butilioscina, inyectable	Solución inyectable 20 mg, c/3 amp. de 1 ml	GI, GASTROENTEROLOGIA	Ampolleta
31	Butilioscina, solución	15 ml, 6.67 mg		Mililitros
32	Butilioscina, tabletas	Caja de 20 tabletas de 10 mg c/u	GI, GASTROENTEROLOGIA	Miligramos
33	Captopril	Tabletas 25 mg, envase c/30	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
34	Carbamazepina, suspensión	Suspensión 120 ml		Miligramos
35	Carbamazepina, tabletas	Tabletas 200 mg	GI, NEUROLOGIA	Miligramos
36	Cefalexina	Tabletas 500 mg, caja c/20	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
37	Cefotaxima, 1 g	Ampolleta 1 g, 4 ml		Miligramos
38	Cefotaxima, 500 mg	Ampolleta 500 mg, 2 ml		Miligramos
39	Ceftriazona	Ampolleta de 0.5 g, en 5 ml		Ampolletas
40	Cefuroxime	Tabletas 500 mg		Miligramos
41	Cimetidina	Tabletas 200 mg		Miligramos
42	Ciprofloxacina, tabletas	Tabletas 500 mg, caja c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
43	Citalopram			Miligramos
44	Claritomicina	Tabletas 250 mg		Miligramos
45	Clindamicina	Tabletas 300 mg, caja c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
46	Clioquinol	Envase 60 g	GI, DERMATOLOGIA	Envase
47	Clioquinol/hidrocloridato	Envase 20 g		Envase
48	Clomipramina			Miligramos
49	Cloranfenicol solución oftálmica	Frasco con 15 ml	GI, OFTALMOLOGIA	Mililitros
50	Clorfeniramina, jarabe	Jarabe 0.5 mg frasco 120 ml.	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Frasco
51	Clorfeniramina, tabletas	Tabletas de 4 mg. caja c/20	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Miligramos
52	Clorpropamida	Tabletas 250 mg, caja c/50		Miligramos
53	Cloroquina	Tabletas de 150 mg. caja c/1000		Miligramos
54	Clorotiacida	Tabletas 250 mg, caja c/20		Miligramos
55	Clorpormacina	Comprimidos 100 mg		Miligramos
56	Clortalidona	Tabletas 50 mg caja c/20	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
57	Cloruro de potasio	Ampolleta 100 mg, 5 ml	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Mililitros
58	Crema Cold-Cream	Envase 75 ml		Envase

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, 15 de marzo 2002.

**LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2002**

	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	GENERICO INTERCAMBIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
59	Cromoglicato sódico Aerosol,	envase 16 g, 112 disparos		Disparos
60	Dapsona	Tabletas 100 mg c/1000		Miligramos
61	Desipramina			Miligramos
62	Desogestril y Etinilestradiol	Envase con 28 tabletas		Tableta
63	Diazepam	Ampolleta 10 mg, 2 ml, c/50		Ampolletas
64	Diclofenaco	Tabletas 75 mg	GI, REUMATOLOGIA	Miligramos
65	Dicloxacilina	Cápsulas de 250 mg c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
66	Difenidol	Tabletas de 25 mg caja c/30	GI OTORRINOLARING.	Miligramos
67	Doxiciclina, tabletas	Cápsulas de 100 mg caja c/10	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
68	Electrolitos orales	Sobre 27.9 gr	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Sobres
69	Epinefrina subcutánea	Ampolleta de 1 ml		Ampolleta
70	Eritromicina, cápsulas	Cápsulas de 250 mg. caja c/20		Miligramos
71	Eritromicina, suspensión	Suspensión 125 mg envase 120 ml		Miligramos
72	Eritromicina/sulfisoxazol	Frasco de 150 ml, 200/600 mg c/5 ml		Miligramos
73	Estreptomina inyectable	1 gm. frasco ampula 2 ml.	GI, ENF. INFECC.	Ampolleta
74	Etambutol	Comprimidos 400 mg, caja c/50		Miligramos
75	Famotidina	Tabletas 10 mg, c/10		Miligramos
76	Fenitoína, suspensión	Suspensión oral 37.5 mg./ 5ml		Miligramos
77	Fenitoína, tabletas	Tabletas, caja c/50		Miligramos
78	Fenobarbital	Comprimidos 50 mg, c/30		Miligramos
79	Flumazenil	Ampolleta 5 ml		Ampolleta
80	Fluvoxamina			Miligramos
81	Fluoxetina		GI, PSIQUIATRIA	Miligramos
82	Fosfato de Clindamicina	Ampolleta de 300 mg, 2 ml		Ampolleta
83	Fumarato ferroso, suspensión	Suspensión oral 2.9 mg/100 ml, equiv. A 0.953 mg de Fe	GI, HEMATOLOGIA	Mililitros
84	Fumarato ferroso, tabletas	Tabletas 200 mg, c/50	GI, HEMATOLOGIA	Tabletas
85	Gentamicina, 20 mg	Solución inyectable 20 mg/2 ml	GI, ENF. INFECC.	Ampolletas
86	Gentamicina, 80 mg	Solución inyectable 80 mg/2 ml	GI, ENF. INFECC.	Ampolletas
87	Glibenclámda	Tabletas 5 mg, caja c/50	GI ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
88	Glimepirida			
89	Gluconato de calcio, solución al 10%	(Calcium amp 10X10 ml)		Mililitros
90	Imipramina			Miligramos
91	Indometacina	Cápsulas 25 mg, c/30	GI, REUMATOLOGIA	Miligramos
92	Inmunoglobulina humana antirrábica			Dosis
93	Inmunoglobulina humana antitetánica	Unidosis		Dosis
94	Insulina Humana	Fco. 10 ml. 100 u/ml	GI ENDOCRINOLOGIA	Mililitros
95	Ipecacuana	Jarabe		Mililitros
96	Isoniacida	Tabletas 100 gr, envase c/200 tab.		Miligramos
97	Isoniazida y Rifampicina	Tabletas 200/150 mg, envase c/120 tab.		Tabletas
98	Isoniazida, Rifampicina y Pirazinamida	Tabletas o grageas 75 mg/150 mg/400 mg, c/240		Tabletas
99	Ketorolaco	Tabletas 10 mg, c/10		Miligramos
100	Ketorolaco, inyectable	Ampolleta 30 mg, c/3	GI, ANALGESIA	Ampolleta
101	Ketotifeno	Ketotifeno	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Mililitros
102	Levonorgestrel y etilenestradiol	Envase con 28 tabletas	GI, PLAN. FAMILIAR	Tabletas
103	Levotiroxina	Tabletas de 0.025 mg, c/50		Tabletas
104	Lidocaína al 2% con epinefrina	Frasco Amp. 1 g/0.25 g 50 ml		Frasco
105	Lidocaína al 2%, 50 ml	Frasco Amp. 1 gm/50 ml	GI, ANALGESIA	Fco. ampula
106	Lidocaína al 5%	Sol. Inyectable 100 mg/2 ml, c/5 ampulas		Fco. ampula
107	Lindano shampoo	Shampoo de 1g/100 ml		Frasco
108	Loperamida	Tabletas 2 mg, c/12	GI, GASTROENTEROLOGIA	Miligramos
109	Loratadina Tabletas 10 mg, c/20		GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Miligramos
110	Maprotilina			Miligramos
111	Mebendazol, suspensión	Suspensión, 30 ml, 100 mg/5 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
112	Mebendazol, tabletas	Tabletas 100 mg, c/6	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
113	Metamizol, inyectable	Ampolleta de 1 gramo	GI, ANALGESIA	Ampolletas

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

**LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2002**

	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	GENERICO INTERCAMBIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
114	Metamizol, tabletas	Tabletas 500 mg, c/10	GI, ANALGESIA	Miligramos
115	Metformina	Tabletas de 850 mg, envase c/30	GI, ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
116	Metilergometrina	Grageas de 0.125 mg, c/30		Miligramos
117	Metoprolol	Tabletas 100 mg envase c/20	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
118	Metronidazol, inyectable	Ampolleta 200 mg, 2 X 10 ml	GI, ENF. INFECC.	Ampolletas
119	Metronidazol, óvulos	Ovulos o tabletas vaginales de 500 mg. caja c/10	GI, GINECOOBSTETRICIA	Ovulos
120	Metronidazol, suspensión	Suspensión 250 mg/5 ml. frasco c/120 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
121	Metronidazol, tabletas	Tabletas 250 mg, c/20		Miligramos
122	Metronidazol, tabletas	Tabletas 500 mg, c/30		Miligramos
123	Mianserina			Miligramos
124	Miconazol crema	Tubo 20 g, nitrato de miconazol 20 mg/g	GI, DERMATOLOGIA	Pieza
125	Morfina			Ampolletas
126	Moxifloxacin			Miligramos
127	Nalbufina, Sol. inyectable	Ampolletas 10 mg, 1 ml, caja c/5	GI, ANALGESIA	Ampolletas
128	Naproxeno tabletas	Tabletas (Flanax, 275 mg, c/20)	GI, REUMATOLOGIA	Miligramos
129	Nicardipino	Cápsulas 20 mg., envase con 60 cápsulas		Miligramos
130	Nifedipino	Tabletas 10 mg caja c/20	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
131	Nistatina, crema	Envase de 60 g		Envase
132	Nistatina, tabletas	Tabletas		Tabletas
133	Nistatina, tabletas vaginales	Tabletas vaginales		Tab. Vag.
134	Nitrofurantoina	Furadantina tabletas 100 mg c/40		Miligramos
135	Noretindrona y Etinilestradiol	Envase con 21 tabletas		Tableta
136	Noretisterona	Ampolleta 200 mg		Ampolleta
137	Norgestrel, progestágeno sintético y estradiol	Envase con 28 tabletas		Tableta
138	Omeprazol, cápsulas	Cápsulas 20 mg, c/7	GI, GASTROENTEROLOGIA	Miligramos
139	Omeprazol, inyectable	Ampolleta 40 mg, 10 ml	GI, GASTROENTEROLOGIA	Ampolletas
140	Oxido de zinc	(Pasta de lassar) tubo 30 g		Tubo
141	Oxitocina	Ampolletas	GI, GINECOOBSTETRICIA	Ampolleta
142	Paracetamol, tabletas	Tabletas 500 mg	GI, ANALGESIA	Miligramos
143	Penicilina G. Benzatínica	Ampolletas 1,200 000 U		Ampolletas
144	Penicilina G. Procaínica	Ampolletas 800 000 U		Ampolletas
145	Penicilina G-procaína	Ampolletas 400 000 U		Ampolletas
146	Penicilina sódica	Frasco ampula 1 000 000 U		Fco. ampula
147	Piperazina	Jarabe 100 ml, 250 mg/5 ml		Miligramos
148	Polivitaminas y minerales	Tabletas		Tabletas
149	Prednisona	Tabletas de 5 mg. caja c/20	GI, ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
150	Preservativos	Caja de 3 piezas		Pieza
151	Primaquina	Tabletas de 5 mg. caja c/20		Miligramos
152	Probenecida	Frasco con 10 tabletas de 500 mg.		Miligramos
153	Propranolol	Tabletas 40 mg envase c/20		Miligramos
154	Ranitidina, inyectable	Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5	GI, GASTROENTEROLOGIA	Ampolletas
155	Ranitidina, tabletas	Tabletas 150 mg, c/100		Miligramos
156	Rifampicina	Cápsulas 300 mg, c/1000		Miligramos
157	Roziglitazona	Grageas 8 mg, c/14		Miligramos
158	Salbutamol aerosol	20 mg envase c/200 disparos	GI, NEUMOLOGIA	Disparos
159	Salbutamol jarabe	Jarabe 2 mg/5 ml, frasco 60 ml.	GI, NEUMOLOGIA	Mililitros
160	Salbutamol, Sol. Para nebulizadores	Frasco 5 mg/10 ml Miligramos		Miligramos
161	Sertralina Miligramos			
162	Sodio intravenoso	Cloruro de sodio al 9% envase c/500 ml.	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Mililitros
163	Subsalicilato de bismuto	PEPTO-BISMOL Susp. 120 ml, 17.5 g/ml		Miligramos
164	Sucralfato	Tabletas 20 mg, c/20		Miligramos
165	Suero Antialacrán	Frasco ampula 5 ml 1 dosis		Frasco
166	Suero antiofídico			Ampolleta
167	Suero Antiviperino frasco ampula 10 ml 1 dosis			Ampolleta
168	Sulfato ferroso	Tabletas de 200 mg, c/50	GI, HEMATOLOGIA	Miligramos

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

**LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2002**

	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	GENERICO INTERCAMBIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
169	Sulfato magnesio	Ampolleta 10 ml, c/100		Mililitros
170	Talidomida	Tabletas 100 mg, caja c/50		Miligramos
171	Teofilina, jarabe	Frasco 160 ml		Miligramos
172	Teofilina, tabletas	Tabletas de 200 mg		Miligramos
173	Tetraciclina	Tabletas 500 mgr		Miligramos
174	Tolbutamida	Tabletas 500 mg, envase c/50	GI, ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
175	Toxoides tetánico	Frasco Ampula con 10 dosis		Dosis
176	Trimetoprim c/sulfametoxazol, susp.	Suspensión 120 ml, (40 mg/5 ml)	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
177	Trimetoprim c/sulfametoxazol, tab.	Tabletas 80 mg, caja c/20	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
178	Vacuna antirrábica humana de células Diploides			Dosis
179	Vacuna BCG.	Ampolleta 10 dosis y solución salina como diluyente		Dosis
180	Vacuna DPT	Frasco Ampula con 10 dosis		Dosis
181	Vacuna influenza	Ampolleta con 5 ml, envase c/10		Dosis
182	Vacuna Neumocócica	Vial de 5 ml		Dosis
183	Vacuna pentavalente	Frasco ampula de DPT-HB 0.5 ml y frasco ampula con vacuna liofilizada (unidosis)		Pieza
184	Vacuna Sabin	Frasco gotero con 20 dosis		Dosis
185	Vacuna Td, tétanos y difteria	Frasco 5 ml, 10 dosis		Dosis
186	Vacuna Triple Viral SRP	Frasco de vacuna liofilizada unidosis		Dosis
187	Valproato	Tabletas 200 mg	GI, NEUROLOGIA	Miligramos
188	Vibramicina	Tabletas 100 mg		Miligramos
189	Vitamina A	Cápsulas 50,000 U, c/40		Gragea
190	Vitamina A, C y D solución oral frasco de 15 ml. c/gotero	Frasco de 25 dosis	GI, NUTRIOLOGIA	Dosis
191	Vitamina K	Ampolleta 2 mg, 0.2 ml, c/3		Ampolleta

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2003

Nombre	Porcentaje de familias afiliadas
Objetivo	Medir el nivel de cobertura del Programa SPS
Unidad de medida	Familias
Fórmula	Número de familias afiliadas, entre el total estimado de familias no derechohabientes de la seguridad social
Periodicidad	Trimestral
Nombre	Tasa de reafiliación
Objetivo	Medir la permanencia y continuidad de las familias en el Seguro Popular de Salud
Unidad de medida	Familias que renuevan su afiliación
Fórmula	Número de familias que se reafilian entre el total de familias afiliadas en el periodo anterior
Periodicidad	Anual
Nombre	Monto promedio de cuotas captadas por familia afiliada
Objetivo	Calcular la cuota de afiliación promedio de las familias afiliadas
Unidad de medida	Pesos
Fórmula	Total de cuotas de afiliación entre el número de familias afiliadas
Periodicidad	Anual
Nombre	Promedio de consulta por familia afiliada
Objetivo	Calcular un índice de demanda por servicios ambulatorios por familia afiliada
Unidad de medida	Número de consultas externas
Fórmula	Total de consultas otorgadas a familias afiliadas en unidades de primer contacto entre el número total de familias afiliadas
Periodicidad	Semestral
Nombre	Promedio de egresos hospitalarios por familia afiliada
Objetivo	Computar un índice de utilización de servicios hospitalarios por familia afiliada
Unidad de medida	Egresos hospitalarios
Fórmula	Número de egresos hospitalarios de afiliados entre el total de la población afiliada
Periodicidad	Semestral
Nombre	Promedio de días estancia por egreso hospitalario
Objetivo	Determinar los días utilizados de cama-hospital por paciente internado
Unidad de medida	Promedio de días cama por paciente
Fórmula	Total de días cama utilizado por pacientes afiliados entre número de egresos hospitalarios de la población afiliada
Periodicidad	Semestral
Nombre	Porcentaje de familias afiliadas encabezadas por mujer
Objetivo	Conocer la distribución por género de las familias afiliadas al Seguro Popular de Salud
Unidad de medida	Familias afiliadas encabezadas por mujer
Fórmula	Total de familias afiliadas encabezadas por mujer entre el número total de familias afiliadas
Periodicidad	Anual

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:
b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002
 Anexo 1

CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS (CABEME)

SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA
INMUNIZACIONES, DETECCION Y PREVENCIÓN
1 Vacuna oral tipo Sabin (contra la poliomielitis)
2 Vacuna triple viral SRP (contra sarampión, rubéola y parotiditis) o Vacuna SR (contra sarampión y rubéola)
3 Vacuna pentavalente DPT, HB, Hib (contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infección invasiva por H. Influenzae tipo b)
4 Vacuna BCG (contra tuberculosis)
5 Vacuna Td (contra difteria y tétanos)
6 Inmunización del adulto contra neumococo o influenza
7 Detección de trastornos de la agudeza visual en niños
8 Detección de cáncer cervicouterino
9 Detección de cáncer de mama
10 Detección de hipertrofia de próstata
SERVICIOS DE CONSEJERIA MEDICA, PSICOLOGICA, DIETA Y EJERCICIO
11 Vigilancia de la nutrición, crecimiento y consulta del niño sano
12 Examen físico para adultos mayores de 40 años (cada 2 años)
13 Consejería nutricional y de ejercicio (obesidad, hipercolesterolemia, osteoporosis e hipertensión arterial)
14 Grupos de autoayuda para desarrollar conductas saludables
15 Detección, consejería y referencia de adicciones
16 Consejería sobre salud reproductiva
17 Detección y consejería para la prevención de infecciones de transmisión sexual (VIH, sífilis, hepatitis B y clamidia)
18 Diagnóstico y consejería del tabaquismo en adolescentes
19 Diagnóstico y consejería del alcoholismo
SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA
MEDICINA FAMILIAR Y ESPECIALIDADES
20 Detección, diagnóstico y tratamiento ambulatorio de la diabetes mellitus tipo II
21 Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito
22 Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo
23 Detección, diagnóstico y tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial
24 Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad péptica y los trastornos de la motilidad intestinal (incluye endoscopia)
25 Diagnóstico y tratamiento del asma
26 Diagnóstico y tratamiento de la gota
27 Diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropriva
28 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la epilepsia
29 Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad articular degenerativa
30 Diagnóstico y tratamiento de la dermatosis simple, celulitis y micosis
31 Diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda
32 Diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda
33 Diagnóstico y tratamiento del cólera
34 Diagnóstico y tratamiento de la parasitosis intestinal
35 Diagnóstico y tratamiento de infección respiratoria aguda
36 Detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis
37 Diagnóstico y tratamiento del dengue clásico y hemorrágico
38 Diagnóstico y tratamiento del paludismo
39 Diagnóstico y tratamiento de la brucelosis
40 Diagnóstico y tratamiento de la lepra
41 Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de vías urinarias y pielonefritis
42 Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, candidiasis, clamidia y tricomonas)

Continúa...

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:
 b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*. viernes 4 de julio de 2003.

Seguro Popular de Salud
Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación, 2002

Anexo 1

CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS (CABEME)
SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA
43 Planificación familiar con métodos temporales, anticonceptivos
44 Planificación familiar con métodos temporales, preservativos
45 Planificación familiar con métodos temporales, DIU
46 Planificación familiar con métodos definitivos, vasectomía
47 Planificación familiar con métodos definitivos: salpingoclasia
48 Diagnóstico y tratamiento de displasias y conización
UNIDAD BASICA DE REHABILITACION
49 Rehabilitación de fracturas o esguinces
50 Rehabilitación de parálisis facial
51 Estimulación temprana del prematuro
SERVICIOS DE ODONTOLOGIA
52 Prevención de caries (curetaje, odontoxesis y aplicación tópica de flúor)
53 Sellado de fosetas y fisuras y obturación de caries de primer y segundo grado con amalgama
ATENCION DEL EMBARAZO, PARTO Y RECIEN NACIDO
54 Atención del embarazo normal
55 Atención del parto normal y del puerperio
56 Atención del parto por cesárea y del puerperio
57 Atención del recién nacido normal
58 Tamiz metabólico del recién nacido (hipotiroidismo y fenilcetonuria)
SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y CIRUGIA
ATENCION DE URGENCIAS
59 Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas)
60 Diagnóstico y tratamiento de esguinces y luxaciones en articulaciones de extremidades
61 Diagnóstico y tratamiento de fracturas de tibia y peroné
62 Diagnóstico y tratamiento de fracturas de cúbito y radio
63 Diagnóstico y tratamiento de envenenamientos
64 Manejo de mordeduras y prevención de la rabia en humanos
65 Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente
66 Diagnóstico y tratamiento del alacranismo y picaduras
67 Estabilización de pacientes (hipertensión arterial, diabetes y "angor pectoris")
SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIA
68 Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis
69 Diagnóstico y tratamiento de neumonía
70 Diagnóstico y tratamiento de meningitis
71 Diagnóstico y tratamiento de la litiasis de vías urinarias
72 Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de hernial inguinal y umbilical
73 Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del aborto
74 Colecistectomía abierta
75 Diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda y apendicectomía
76 Cirugía de útero (histerectomía)
77 Cirugía correctiva de estrabismo
78 Cirugía de catarata (extracción y colocación de lente intraocular)

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

**LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2003**

NUM ¹	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	GENÉRICO INTERCAMBIABLE	CLAVE	NUMERO DE CLAVES	CABEME ²
1	Acarbosa	30 tabletas de 50 mg		5166	1	20
2	Aceite de almendras dulces	Crema con 240 ml		2118	2	30
3	Acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol	1 Ampolleta de 25 mg	GI, Planificación familiar	3509	3	43
4	Acido acetilsalicílico	20 tabletas de 500 mg		101	4	29, 67
		20 grageas con capa entérica 500 mg ²		3401	5	29, 67
5	Acido fólico	20 tabletas de 5 mg	GI, Hematología	1706	6	27, 54
6	Albendazol	Suspensión de 20 mg/ml	GI, Infectología	1345	7	34
		10 tabletas de 200 mg	GI, Infectología	1344	8	34
7	Alopurinol	20 tabletas 300 mg	GI, Reumatología	3451	9	26
8	Amikacina	1 Ampolleta de 500 mg	GI, Infectología	1956	10	69, 70, 76
		Solución inyectable 100 mg	GI, Infectología	1957	11	69, 70, 76
9	Aminofilina	5 Ampolletas de 250 mg		426	12	426
10	Amoxicilina	Suspensión 250 mg, envase con 75 ml	GI, Infectología	2127	13	2127
		12 cápsulas de 500 mg	GI, Infectología	2128	14	24, 35
11	Amoxicilina/ácido clavulánico	Suspensión 125 mg con 60 ml	GI, Infectología	2129	15	31, 35
12	Astemizol	Suspensión de 30 ml con 2 mg/ml		3142	16	66
		10 tabletas de 10 mg		3141	17	66
13	Azatioprina	50 tabletas de 50 mg		3461	18	29
14	Beclometasona	Aerosol con 200 dosis	GI, Neumología	477	19	25
15	Benzoato de bencilo	Emulsión dérmica de 300 mg con 120 ml		861	20	30
16	Betametasona	1 ampolleta de 3 mg	GI, Inmunología	2141	21	25
17	Bromuro de ipratropio	Aerosol con 200 dosis		2162	22	25
18	Bromuro de pinaverio	60 tabletas de 50 mg		1210	23	24
19	Butilioscina	3 ampolletas de 20 mg	GI, Gastroenterología	1207	24	24, 71
		20 grageas de 10 mg	GI, Gastroenterología	1208	25	24, 71
20	Candesartán/hidroclorotiazida	Tabletas 80 mg/12.5 mg		2530	26	23
21	Capsaicina	Crema con 40 g		4031	27	29
22	Captopril	30 tabletas de 25 mg	GI, Cardiología	574	28	23
23	Carbamazepina	Suspensión de 120 ml con 20 mg/ml	GI, Neurología	2609	29	28
		20 tabletas de 200 mg	GI, Neurología	2608	30	28
24	Cefalexina	20 tabletas de 500 mg	GI, Infectología	1939	31	41
25	Cefotaxima	1 ampolleta de 1 g	GI, Infectología	1935	32	41, 69, 70
26	Cefuroxima	10 tabletas de 500 mg	GI, Infectología	5264	33	69
27	Celecoxib	10 cápsulas de 200 mg		5506	34	29
28	Ciprofloxacina	12 tabletas de 500 mg	GI, Infectología	4255	35	41
29	Cisaprida	30 tabletas de 5 mg	GI, Gastroenterología	1209	36	24
30	Claritomicina	10 cápsulas de 250 mg		2132	37	31
31	Clindamicina	16 tabletas de 300 mg	GI, Infectología	2133	38	35
		1 ampolleta de 300 mg		1976	39	35
32	Clioquinol Crema con 60 g		GI, Dermatología	872	40	30
33	Clonidina	30 tabletas de 0.1 mg		2101	41	67

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Nota: se están realizando estudios de efectividad para incluir en el cuadro los medicamentos: ambroxol y dextrometorfano

1/ Número de sustancias activas

2/ Intervenciones correspondientes al Catálogo de Beneficiarios Médicos

Anexo 2^{b/}

LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL SEGURO POPULAR 2003

NUM ¹	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	GENÉRICO INTERCAMBIABLE	CLAVE	NUMERO DE CLAVES	CABEME ²
34	Cloramfenicol	Suspensión con 31.25 mg/ml		5260	42	32
		1 ampolleta de 1 g		1992	43	32, 70
		Gotas oftálmicas con 15 ml	GI, Oftalmología	2821	44	57
35	Clorfeniramina	Jarabe 0.5 mg con 120 ml	GI, Inmunología	408	45	30
36	Cloroquina	30 tabletas de 150 mg		2030	46	38
37	Clortalidona	20 tabletas de 50 mg	GI, Cardiología	561	47	23
38	Colchicina	60 tabletas 0.5 mg		3409	48	26
39	Cromoglicato sódico	Aerosol con 16 g, 112 dosis	GI, Inmunología	464	49	25
40	Dapsona	50 tabletas de 100 mg		906	50	40
41	Desogestrel y etinilestradiol	Envase con 28 tabletas		3508	51	43
42	Diazóxido	1 ampolleta de 300 mg	GI, Cardiología	568	52	67
43	Diclofenaco	20 tabletas de 75 mg	GI, Reumatología	3417	53	29, 42, 49, 59, 60, 61, 62, 72, 73, 74, 76
44	Dicloxacilina	12 cápsulas de 250 mg	GI, Infectología	1926	54	64, 65, 66, 73
		1 ampolleta de 250 mg		1927	55	64, 65, 66, 73
		1 ampolleta de 250 mg mg/5 ml		1928	56	64, 65, 66, 73
45	Difenidol	Solución inyectable 40 mg		3112	57	32, 33, 76
		Tabletas 25 mg		3111	58	32, 33, 76
46	Digoxina	Tabletas 0.25 mg, c/60		502	59	67
47	Dobutamina	5 ampolletas de 250 mg	GI, Cardiología	614	60	67
48	Dopamina	5 ampolletas de 200 mg	GI, Cardiología	614	61	67
49	Doxiciclina	10 cápsulas de 100 mg	GI, Infectología	1940	62	33, 39, 42
50	Electrolitos orales	Sobre con 27.9 gr	GI, Soluciones	3623	63	32, 33, 37
51	Enalapril	10 tabletas de 10 mg		4116	64	23
52	Eritromicina	20 cápsulas de 250 mg		1971	65	24, 33, 35, 69
		Suspensión 125 mg con 120 ml		1972	66	24, 33, 35, 69
53	Estreptomina	1 ampolleta de 1 g		2403	67	36, 39
54	Etambutol	50 comprimidos de 400 mg		2405	68	36
55	Fenitoína	Suspensión oral 37.5 mg/5 ml		525	69	28
		50 tabletas de 100 mg		2611	70	28
56	Fenobarbital	30 comprimidos de 50 mg		2601	71	28
57	Fumarato ferroso	Suspensión oral 2.9 mg/100 ml	GI, Hematología	1702	72	27
		50 tabletas de 200 mg	GI, Hematología	1701	73	27
		Tabletas 40 mg		2307	74	67

Continúa...

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), viernes 4 de julio de 2003.

Nota: se están realizando estudios de efectividad para incluir en el cuadro los medicamentos: ambroxol y dextrometorfano

1/ Número de sustancias activas

2/ Intervenciones correspondientes al Catálogo de Beneficiarios Médicos

**LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2003**

NUM ¹	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	GENÉRICO INTERCAMBIABLE	CLAVE	NUMERO DE CLAVES	CABEME ²
58	Furosemide	5 ampulas de 20 mg	GI, Nefrología	2308	75	67
59	Gentamicina	1 ampolleta de 20 mg/2 ml	GI, Infectología	1955	76	73, 69, 42
		1 ampolleta de 80 mg/2 ml	GI, Infectología	1954	77	73, 69, 42
60	Glibenclamida	50 tabletas de 5 mg		1042	78	20
61	Hidroclorotiazida	20 tabletas de 250 mg		2301	79	23
		Envase con 48 tabletas		1223	80	24
62	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco 360 ml		1224	81	24
63	Indometacina	30 cápsulas de 25 mg	GI, Reumatología	3413	82	26, 29
		Supositorios de 100 mg		3412	83	55, 56
64	Inmunoglobulina humana antirrábica	1 frasco ampula 2 ml, 150 UI/ml		3833	84	64
65	Insulina humana acción rápida regular	1 frasco con 10 ml, 100 U/ml	GI, Endocrinología	1051	85	20, 67
66	Insulina humana acción lenta	1 frasco con 10 ml, 100 U/ml	GI, Endocrinología	4157	86	20, 67
67	Insulina intermedia NPH	Fco. 10 ml, 100 U/ml sol. iny.	GI, Endocrinología	1050	87	20, 67
68	Irbesartán/hidroclorotiazida	Tabletas 150 mg/12.5 mg		4097	88	23
		Tabletas 300 mg/25 mg		4098	89	23
69	Isoconazol	Crema con 20 g		2024	90	30, 42
70	Isoniacida	Tabletas 100 g, c/200		2404	91	36
71	Isoniacida y rifampicina	Isoniacida y rifampicina c/120		2415	92	36
72	Isoniacida, rifampicina y pirazinamida	Tabletas o grageas 75 mg/150mg/ 400mg, c/240		2414	93	36
73	Isosorbide	Tabletas 10 mg		593	94	67
		Tabletas sublinguales 5 mg, c/20		592	95	67
74	Ketotifeno	Frasco con 120 ml	GI, Inmunología	463	96	25
75	Levonorgestrel y etilenestradiol	Envase con 28 tabletas	GI, Planificación familiar	3507	97	43
76	Levotiroxina	Tabletas de 0.025 mg, c/50		1007	98	21
77	Lindano	Shampoo de 1g/100 ml		911	99	30
		Frasco 60 ml	GI, Inmunología	2145	100	30, 31
78	Loratadina	Tabletas 10 mg, c/20	GI, Inmunología	2144	101	30, 31
79	Losartán potásico/hidroclorotiazida	Tabletas 50/12.5 mg, c/15		2521	102	23
80	Mebendazol	Tabletas 100 mg, c/6		2136	103	34
81	Metamizol	Tabletas 500 mg	GI, Analgesia	108	104	31, 35, 37, 38, 47, 59, 73, 74, 76
82	Metformina	Tabletas de 850 mg, c/30		5165	105	20
83	Metilergometrina	Grageas de 0.125 mg, c/30		1544	106	73
84	Metoclopramida	Tabletas de 10 mg, c/20	GI, Gastroenterología	1242	107	24, 73
85	Metoprolol	Tabletas 100 mg, c/20	Tabletas 100 mg, c/20	572	108	23, 63, 67

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Nota: se están realizando estudios de efectividad para incluir en el cuadro los medicamentos: ambroxol y dextrometorfano

1/ Número de sustancias activas

2/ Intervenciones correspondientes al Catálogo de Beneficiarios Médicos

Continuación...

Anexo 2^{b/}

LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL SEGURO POPULAR 2003

NUM ¹	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	GENÉRICO INTERCAMBIABLE	CLAVE	NUMERO DE CLAVES	CABEME ²
86	Metronidazol	Ampolleta 200 mg, ml, c/2	GI, Infectología	1309	109	73, 76
		Ovulos o tabletas vaginales de 500 mg, c/10	GI, Infectología	1561	110	42
		Suspensión 250 mg/ 5 ml 120 ml	GI, Infectología	1310	111	24, 32, 34
		Tabletas 250 mg, c/20	GI, Infectología	1307	112	24, 32, 34
		Tabletas 500 mg, c/30	GI, Infectología	1308	113	24, 32, 34
87	Miconazol	Tubo 20 g, nitrato de miconazol 20 mg/g	GI, Dermatología	891	114	30, 42
88	Montelukast	Tabletas 5 mg, c/14		4329	115	25
89	Naproxeno	Tabletas 275 mg, c/20	GI, Reumatología	3407	116	60, 61, 62
90	Nicardipino	Cápsulas 20 mg, c/20		2518	117	23
91	Nifedipino	Tabletas 10 mg, c/24		597	118	23
92	Nistatina	Tabletas vaginales c/28		1566	119	30, 42
93	Nitrofurantoína	Cápsulas 100 mg, c/40		1911	120	41
94	Noretisterona	Ampolleta 200 mg		3503	121	43
95	Noretisterona y etinilestradiol	Envase con 21 tabletas		3506	122	43
96	Omeprazol	Cápsulas 20 mg, c/7	GI, Gastroenterología	5180	123	24
97	Oxido de zinc	Pasta de lassar, tubo 30 g	GI, Dermatología	804	124	30
98	Paracetamol	100 mg/ml, frasco 5 ml	GI, Analgesia	106	125	31, 32, 35, 37
		Supositorios 300 mg		105	126	31, 32, 35, 37
		Tabletas 300 mg, c/10	GI, Analgesia	103	127	31, 32, 35, 37
		Tabletas 500 mg, c/20	GI, Analgesia	104	128	31, 32, 35, 37
99	Penicilina G.Penicilina G.	Ampolleta 1,200 000 U	GI, Infectología	1925	129	35, 42
100	Penicilina G. Procaínica	Ampolleta 400 000 U	GI, Infectología	2510	130	35, 42, 69, 70, 76
		Ampolleta 800 000 U	GI, Infectología	2511	131	35, 42, 69, 70, 76
101	Penicilina sódica cristalina	Fco. Ámpula 1 000 000 U	GI, Infectología	1921	132	35, 42, 69, 70, 76
102	Pirantel, pamoato de	Tabletas 250 mg c/6		2138	133	34
103	Polivitaminas y minerales	Envase c/30 tabletas	GI, Nutriología	4376	134	54
104	Prednisona	Tabletas de 5 mg, c/30	GI, Reumatología	472	135	29, 40
105	Prednisolona	Solución oftálmica 5 ml	GI, Oftalmología	2841	136	77, 78
106	Primaquina	Tabletas de 5 mg		2031	137	38
107	Probenecid	Tabletas de 500 mg, c/10		3453	138	26
108	Propranolol	Tabletas 40 mg, c/30		530	139	22, 23
109	Ranitidina	Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5	GI, Gastroenterología	1234	140	24, 74
		Tabletas 150 mg, c/100	GI, Gastroenterología 1233 141 24	1233	141	24
110	Rifampicina	Cápsulas 300 mg, c/16		2409	142	36, 39, 40
111	Rifampicina	Cápsulas 300 mg, c/16		2409	143	36, 39, 40
112	Salbutamol	Envase 20 mg, c/200 disparos	GI, Neumología	429	144	25
		Frasco 5 mg/10 ml	GI, Neumología	439	145	25
		Jarabe 2 mg/5ml, frasco 60 ml	GI, Neumología	431	146	25

Continúa...

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), viernes 4 de julio de 2003.

Nota: se están realizando estudios de efectividad para incluir en el cuadro los medicamentos: ambroxol y dextrometorfano

1/ Número de sustancias activas

2/ Intervenciones correspondientes al Catálogo de Beneficiarios Médicos

Anexo 2^{b/}

**LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2003**

NUM ¹	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	GENÉRICO INTERCAMBIABLE	CLAVE	NUMERO DE CLAVES	CABEME ²
113	Subsalicilato de bismuto	Suspensión 120 ml, 17.5 g/ml		1263	147	24
114	Sucralfato	Tabletas 1 g, c/40		5176	148	24
115	Suero antialacrán	Fco. ampúla 5 ml, unidosis	GI, Vacunas, toxoides y otros	3842	149	66
116	Suero antiviperino	Fco. ampúla 10 ml, unidosis	GI, Vacunas, toxoides y otros	3843	150	65
117	Sulfato ferroso	Solución oral 125 mg		1704	151	27
		Tabletas 200 mg		1703	152	27
118	Talidomida	Tabletas 100 mg, c/50		4256	153	40
		Tabletas de 100 mg, c/20		437	154	25
119	Teofilina	Jarabe 160 ml		5075	155	25
120	Tetracaína	Solución oftálmica 10 ml		4407	156	77, 78
121	Tetraciclina	Tabletas 500 mg		1981	157	33, 39
122	Tiamazol	20 Tabletas 5 mg		1022	158	22
123	Tolbutamida	Tabletas 500 mg, c/50		1041	159	20
124	Toxoide tetánico	Fco. ampúla con 10 dosis		3809	160	54, 59
125	Trimetoprim con sulfametoxazol	Suspensión 120 ml, (40 mg/5 ml)	GI, Infectología	1904	161	32, 33, 35, 39, 41
		Tabletas 80 mg, c/30	GI, Infectología	1903	162	32, 33, 35, 39, 41
126	Trinitrato de glicerilo	Parche 0.5 mg	GI, Cardiología	591	163	67
127	Vacuna antineumocócica	Suspensión inyectable		145	164	6
128	Vacuna antirrábica humana de células diploides	Fco. ampúla unidosis	GI, Vacunas, toxoides y otros	3818	165	64
129	Vacuna BCG	Ampolleta 10 dosis y solución salina como diluyente	GI, Vacunas, toxoides y otros	3801	166	4
130	Vacuna para influenza	Suspensión inyectable		3822	167	6
131	Vacuna pentavalente	Fco. ampúla de DPT -HB 0.5 ml y Fco. Ampúla con vacuna liofilizada (unidosis)	GI, Vacunas, toxoides y otros	3823	168	3
132	Vacuna Sabin	Frasco gotero con 20 dosis	GI, Vacunas, toxoides y otros	3802	169	1
133	Vacuna Td (tétanos y difteria)	Frasco 5 ml, 10 dosis	GI, Vacunas, toxoides y otros	3810	170	5
134	Vacuna triple viral SRP	Frasco de vacuna liofilizada unidosis	GI, Vacunas, toxoides y otros	3820	171	2
135	Vancomicina	Fco. ampúla 500 mg, 10 ml	GI, Infectología	4251	172	70
136	Verapamilo	Grageas 80 mg, c/20		596	173	67
137	Vitamina A, C y D	Frasco solución oral de 25 dosis 15 ml		1098	174	11
138	Vitamina K	Ampolleta 2 mg, 0.2 ml, c/3		1732	175	57
139	Zafirlukast	Tabletas 20 mg, c/28		4331	176	25

Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, con información de:

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Nota: se están realizando estudios de efectividad para incluir en el cuadro los medicamentos: ambroxol y dextrometorfano

1/ Número de sustancias activas

2/ Intervenciones correspondientes al Catálogo de Beneficiarios Médicos