



CÁMARA DE  
**DIPUTADOS**  
LXV LEGISLATURA

**DIP. EMMANUEL REYES CARMONA.**  
**PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE SALUD.**  
**H. CÁMARA DE DIPUTADOS.**  
**PRESENTE.**

*Palacio Legislativo de San Lázaro, 7 de diciembre 2023.*

**ASUNTO: VOTO PARTICULAR AL DICTAMEN DE LAS COMISIONES UNIDAS DE SALUD Y DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, RESPECTO A LA MINUTA CON PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA, ADICIONA Y DEROGA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE COORDINACIÓN FISCAL Y DE LA LEY GENERAL DE SALUD, PARA CONSOLIDAR LA FEDERALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PARA EL BIENESTAR.**

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 90, 91 y 191, numeral 3, del Reglamento de la Cámara de Diputados, los que suscriben: Éctor Jaime Ramírez Barba, Martha Estela Romo Cuéllar, Leticia Zepeda Martínez, María del Carmen Escudero Fabre, Mariana Mancillas Cabrera, Juan Carlos Maturino Manzanera, Vicente Javier Verástegui Ostos, Gerardo Peña Flores, Pedro Salgado Almaguer, Carlos Alberto Valenzuela González, Patricia Terrazas Baca, Carlos Humberto Quintana Martínez, Paulo Gonzalo Martínez López, María Beatriz Zavala Peniche, Gina Gerardina Campuzano González y Riult Rivera Gutiérrez, diputadas y diputados de la LXV Legislatura integrantes del Grupo Parlamentario del PAN, de las Comisiones de Salud y de Hacienda y Crédito Público, sometemos a discusión el siguiente VOTO PARTICULAR, al dictamen de la minuta con proyecto de decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley General de Salud, para consolidar la federalización del sistema de salud para el bienestar, al tenor de las siguientes

#### **Consideraciones:**

##### **Violación al proceso legislativo**

1. De acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Cámara de Diputados se erige como Cámara de Origen en el procedimiento legislativo en materia fiscal y en lo relativo al Presupuesto de Egresos de la Federación.

*11:52  
Rebecca*



En ese sentido el Artículo 72 de la Constitución establece que, todo proyecto de ley o decreto, cuya resolución no sea exclusiva de alguna de las Cámaras, se discutirá sucesivamente en ambas, observándose la Ley del Congreso y sus reglamentos respectivos, sobre la forma, intervalos y modo de proceder en las discusiones y votaciones.

En ese sentido, de acuerdo al Artículo 74, es facultad exclusiva de la Cámara de Diputados:

- Aprobar anualmente el Presupuesto de Egresos de la Federación, previo examen, discusión y, en su caso, modificación del Proyecto enviado por el Ejecutivo Federal, una vez aprobadas las contribuciones que, a su juicio, deben decretarse para cubrirlo.

En ese sentido, hay una violación al procedimiento legislativo al haber sido el Senado de la República la Cámara de Origen de esta reforma a la Ley de Coordinación Fiscal y la Ley General de Salud, en virtud de que se están haciendo modificaciones que usurpan la facultad exclusiva que tiene la Cámara de Diputados en cuanto a las normas que rigen la Conformación del Presupuesto de Egresos de la Federación.

La modificación al artículo 30 de este dictamen de la minuta establece lo siguiente:

**Artículo 30.**

*El monto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud se determinará cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación correspondiente, exclusivamente a partir de los siguientes elementos:*

I. a III. ...

IV. ...

***Para determinar cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación el monto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, respecto de las entidades a que se refiere el artículo 25, último párrafo, de la presente Ley, no se deberán considerar como parte de los elementos a que se refiere el párrafo anterior, los recursos y, en su caso, las plazas que, durante los ejercicios fiscales anteriores a aquel que se presupueste, se hayan traspasado o transferido del Ramo General 33 a Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) con motivo de los convenios de coordinación que celebre con***



***las entidades federativas en términos del artículo 77 bis 16 A de la Ley General de Salud. El monto que corresponda a Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) en términos de los convenios de coordinación que éste suscriba con las entidades federativas conforme a lo previsto en el artículo 77 Bis 16 A de la Ley General de Salud, se asignará de origen en el Presupuesto de Egresos de la Federación a dicho organismo, salvo los montos que correspondan a lo previsto en el último párrafo del artículo 25 de esta Ley***

En ese sentido, se advierten modificaciones que afectan de manera sustancial la conformación del Presupuesto de Egresos de la Federación en lo referente al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud que forma parte del gasto federalizado asignado a las entidades federativas.

Por lo anterior, el dictamen que presentan las Comisiones Unidas de Salud y de Hacienda y Crédito Público carece de legalidad, haber violado una facultad exclusiva de la Cámara de Diputados, es decir, la facultad constitucional de la integración del Presupuesto de Egresos de la Federación.

2. La minuta que reforma la Ley General de Salud y la Ley de Coordinación Fiscal, no se ajusta a los supuestos del Reglamento de la Cámara de Diputados que justifique la reunión extraordinaria, bajo el supuesto de una urgencia para convocar solamente con 24 horas de anticipación.

Por el contrario, esta reunión extraordinaria extingue la labor de las comisiones legislativas, que por disposición legal son los órganos de dictamen donde se deben analizar, discutir y, en su caso, aprobar los proyectos de decretos que les sean turnados.

La aprobación rápida del proyecto, objeto de la presente moción, restringe la participación de diputadas y diputados, cancela la posibilidad de celebrar ejercicios de parlamento abierto en los que se escuche a la sociedad civil, académicos, expertos, entes regulados y a la población en general. Esta situación constituye una clara y directa violación al proceso legislativo y evidencia la sumisión del partido mayoritario a las instrucciones enviadas desde la Presidencia de la República, afectando con ello el federalismo fiscal y la protección del derecho a la salud.

**Centralización de los recursos en una nueva institución que no tiene reglas claras:**



- Esta reforma en la práctica desaparece el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), para las entidades federativas que suscriban el convenio con el IMSS-BIENESTAR. Se trata de una centralización abusiva, en la que las entidades federativas entregarán todo su dinero, personal y hospitales a la federación (IMSS-BIENESTAR), a cambio de una promesa vacía de tener un sistema de salud como el de Dinamarca.
- La creación del IMSS-BIENESTAR se hizo de manera improvisada, en un solo día, sin el análisis necesario, está claro que no tiene reglas claras, ni personal directivo capacitado para centralizar tal cantidad de recursos y ejercerlos en beneficio de la salud. El único propósito de esta reforma es monopolizar recursos, para usarlos sin rendir cuentas.
- Con este dictamen, se trasladarán los recursos de las entidades federativas al IMSS-BIENESTAR, directamente en el Presupuesto de Egresos de la Federación, asumiendo, con ninguna justificación, que esos recursos le pertenecen a la federación, sin que quede claro, como esa centralización, se traducirá en prestación de servicios de salud para la población en cada entidad federativa. Ya que la reforma propuesta, no contempla que los recursos serán usados en la entidad federativa que es la fuente de financiamiento, sino que todo el dinero entrará a una bolsa general, para ser ejercido a capricho del IMSS-BIENESTAR.
- Desde que desapareció el Seguro Popular y desaparecieron los Regímenes estatales de protección social en salud, ha caído la atención médica regular y la atención médica de alta especialidad, hay desabasto de medicamentos, e incluso aumentó la mortalidad. En ese sentido, la centralización de los recursos para la salud emprendida en esta administración, se ha traducido en un mal manejo de recursos públicos, subejercicios, contrataciones en opacidad y simulación del gasto para transferir los recursos de la salud a los proyectos presidenciales como el tren maya o la refinería de dos bocas.

#### **Viola el pacto federal y el federalismo fiscal:**

- Esta reforma le quita soberanía a las entidades federativas, mismas que, de acuerdo a la Constitución y la Ley General de Salud son autoridades sanitarias, por lo que les corresponde ejercer recursos para garantizar el derecho a la protección de la salud.



- La Ley de Coordinación Fiscal se diseñó para fortalecer el federalismo fiscal y fortalecer la hacienda pública de los gobiernos locales, con esta reforma, que de facto desaparece uno de los fondos más importantes para el financiamiento de las entidades federativas, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), se vulnera el pacto federal.
- Esta reforma es inconstitucional, le corresponde a las entidades federativas en ejercicio de su soberanía, decidir el uso de los recursos que por derecho les corresponden para garantizar el derecho a la salud de sus poblaciones.
- **Además, Morena hizo modificaciones de último minuto a la reforma, para obligarte a firmar un nuevo convenio de transferencia de recursos, más abusivo, para quitarte todos los recursos del Ramo 33 asignados a la salud en tu entidad. Con ello, se dispone que “Por lo que respecta al ejercicio fiscal 2024, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) a más tardar el 31 de marzo de 2024 deberá realizar las conciliaciones respectivas, contar con la opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y modificar los convenios de coordinación que haya suscrito en el ejercicio fiscal 2023 con las entidades federativas”.**

#### **Afecta al Fondo de Salud para el Bienestar:**

- Además, queda en incertidumbre la disposición que obligaba a destinar recursos al Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI), ya que actualmente se dispone que, incluso las entidades federativas que firmen convenio de centralización, deben canalizar dinero a este fideicomiso que, entre otras cosas, sirve para financiar la atención a enfermedades que causan gastos catastróficos, como el cáncer o los infartos.
- Estamos en una grave regresión para el derecho a la protección de la salud. Si antes de esta reforma, la caída en el financiamiento de enfermedades de alto costo de parte del Fonsabi implicó que las personas sin seguridad social formal tuvieran que afrontar mayores gastos de bolsillo por su cuenta, ahora que ya no tendrá esos recursos, habrá menos atención médica de alta especialidad.

#### **Genera mayor opacidad en el ejercicio de los recursos para la salud:**

- La intención de esta reforma es gastar el dinero de la salud pública en total opacidad. Ahora quieren eliminar las reglas de transparencia y fiscalización que



existen en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y que se han perfeccionado durante años con un esquema adecuado de rendición de cuentas, para pasar el dinero al IMSS-BIENESTAR, institución que carece de estos controles.

- Hoy en el gasto que se transfiere a las entidades federativas, se exige documentación documentación que acredite las transferencias y el ejercicio de los recursos, hay obligaciones de transparencia, además de ser fiscalizado por la Auditoría Superior de la Federación. Ahora, con la centralización de todos los recursos directamente en el IMSS-BIENESTAR, habrá opacidad y malversación del dinero para la salud.

#### **Afectará a los trabajadores de la salud en las entidades federativas.**

- De acuerdo con la Ley de Coordinación Fiscal y el decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación de 2024, la plantilla de personal se paga con recursos de FASSA, siendo los estados los patrones de estos trabajadores, además, esos recursos están etiquetados y hay tabuladores salariales para fijar una remuneración justa.
- Con este cambio al IMSS-BIENESTAR, ¿Dónde está el nuevo contrato colectivo de trabajo? ¿dónde están garantizadas las prestaciones de los trabajadores? ¿Cómo se garantiza que se respetará el tabulador, las jornadas laborales, las prestaciones? en ningún lado se dan garantías.
- Hay una grave afectación a los trabajadores de la salud, que nuevamente estarán en incertidumbre respecto de sus salarios, derechos laborales y condiciones de trabajo. Tal y como sucedió con la creación del INSABI, los profesionales de la salud salen perdiendo.

**Por lo anteriormente expuesto, se presenta voto particular, quedando el proyecto de decreto de la siguiente manera:**



**ARTÍCULO PRIMERO.** Se reforma la fracción V del artículo 2, la fracción II y se adiciona la fracción II bis del artículo 3, se reforman los numerales A y B del artículo 13, la fracción V del artículo 17, los artículos 25, 26, las fracciones II, III, V y IX del artículo 27, el artículo 28, los numerales 1 y 5 del artículo 28 bis, los artículos 29, 30, 77 bis 1, 77 bis 2, 77 bis 3, 77 bis 4, 77 bis 5, 77 bis 6, 77 bis 7, 77 bis 8, 77 bis 9, 77 bis 10, 77 bis 11, 77 bis 12, 77 bis 13, 77 bis 14, 77 bis 15, 77 bis 16, 77 bis 17, 77 bis 18, 77 bis 19, 77 bis 20, 77 bis 21, 77 bis 22, 77 bis 23, 77 bis 24, 77 bis 25, 77 bis 26, 77 bis 27, 77 bis 28, 77 bis 29, 77 bis 30, 77 bis 31, 77 bis 32, 77 bis 33, 77 bis 34, 77 bis 35, 77 bis 36, 77 bis 37, 77 bis 38, 77 bis 39, 222 Bis, 225, 226 y 376, todos de la Ley General de Salud.

**Artículo 2o.-** El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. a IV. ...

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. y VII. ...

**Artículo 3o.-** En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

I. ...

II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

II bis. La Protección Social en Salud;

III. a XXVIII. ...

**Artículo 13.** La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:

**A. Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:**

I. ...



II. En las materias enumeradas en las fracciones I, III, XV Bis, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI y XXVII del artículo 3o. de esta Ley, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud;

III. Organizar y operar los servicios de salud a su cargo y, en todas las materias de salubridad general, desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas, cuando éstas se lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto;

IV. a VII. ...

VII bis. Regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud;

VIII. a X. ...

B. Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:

I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, II Bis, IV, IV Bis, IV Bis 1, IV Bis 2, IV Bis 3, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXVI Bis y XXVII Bis, del artículo 3o. de esta Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;

II. a VI. ...

C. ...

**Artículo 17.- Compete al Consejo de Salubridad General:**

I. a IV. ...

V. Elaborar el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud;

VI. a IX. ...

**Artículo 25.-** Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.



**Artículo 26.-** Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.

**Artículo 27.** Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

I. ...

II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;

III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

Para efectos del párrafo anterior, la atención médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos y psíquicos de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta;

IV. ...

V. La planificación familiar;

VI. a X. ...

XI. La atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica.

**Artículo 28.-** Para los efectos del artículo anterior, habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y en los que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Para esos efectos, participarán en su elaboración: La Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal.



**Artículo 28 Bis.-** Los profesionales que podrán prescribir medicamentos son:

1. ...;

2. Homeópatas;

3. y 4. ...

5. Licenciados en Enfermería, quienes únicamente podrán prescribir cuando no se cuente con los servicios de un médico, aquellos medicamentos del cuadro básico que determine la Secretaría de Salud.

Los profesionales a que se refiere el presente artículo deberán contar con cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes. Los pasantes en servicio social, de cualquiera de las carreras antes mencionadas y los enfermeros podrán prescribir ajustándose a las especificaciones que determine la Secretaría.

**Artículo 29.-** Del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes.

**Artículo 35.-** Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, preferentemente a favor de personas pertenecientes a grupos sociales en situación de vulnerabilidad, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

...

## **TÍTULO TERCERO BIS**

### **De la Protección Social en Salud**

#### **Capítulo I**

##### **Disposiciones Generales**



**Artículo 77 bis 1.- Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.**

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos de este Título.

**Artículo 77 bis 2.** Para los efectos de este Título, se entenderá por Sistema de Protección Social en Salud a las acciones que en esta materia provean la Secretaría de Salud y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud entendiéndose por éstos, a las estructuras administrativas que provean dichas acciones, que dependan o sean coordinadas por la encargada de conducir la política en materia de salud en las entidades federativas.

La Secretaría de Salud coordinará las acciones de protección social en salud, que lleven a cabo los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud en sus respectivas jurisdicciones, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en este Título y demás disposiciones aplicables.

Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud garantizarán las acciones a que se refiere el párrafo anterior, mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la prestación de los servicios de salud a la persona del Sistema de Protección Social en Salud, los cuales deberán realizar su actividad de manera independiente de la prestación de servicios de salud.



**Artículo 77 bis 3.-** Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este Título.

**Artículo 77 bis 4.-** La unidad de protección será el núcleo familiar, la cual para efectos de esta Ley se puede integrar de cualquiera de las siguientes maneras:

- I. Por los cónyuges;
- II. Por la concubina y el concubinario;
- III. Por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y
- IV. Por otros supuestos de titulares y sus beneficiarios que el Consejo de Salubridad General determine con base en el grado de dependencia y convivencia que justifiquen su asimilación transitoria o permanente a un núcleo familiar.

Se considerarán integrantes del núcleo familiar a los hijos y adoptados menores de dieciocho años; a los menores de dicha edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad con las personas señaladas en las fracciones I a III que anteceden; y a los ascendientes directos en línea recta de éstos, mayores de sesenta y cuatro años, que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos, además de los hijos que tengan hasta veinticinco años, solteros, que prueben ser estudiantes, o bien, discapacitados dependientes.

A las personas de dieciocho años o más se les aplicarán los mismos criterios y políticas que al núcleo familiar.

El núcleo familiar será representado para los efectos de este Título por cualquiera de las personas enunciadas en las fracciones I a III de este artículo.

**Artículo 77 bis 5.-** La competencia entre la Federación y las entidades federativas en la ejecución de las acciones de protección social en salud quedará distribuida conforme a lo siguiente:

- A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:



- I. Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, para lo cual formulará el plan estratégico de desarrollo del Sistema y aplicará, en su caso, las medidas correctivas que sean necesarias, tomando en consideración la opinión de las entidades federativas a través del Consejo Nacional de Salud;**
- II. Proveer servicios de salud de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para el efecto;**
- III. En su función rectora constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios a que se refiere el artículo 77 Bis 18 y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el artículo 77 Bis 29;**
- IV. Transferir con oportunidad a las entidades federativas, los recursos que les correspondan para operar, por conducto de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, las acciones del Sistema de Protección Social en Salud, en los términos del artículo 77 bis 15 y demás disposiciones aplicables del Capítulo III de este Título;**
- V. ...**
- VI. Establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, las cuales tendrán un incremento máximo anualizado de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor;**
- VII. Diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizarán en la operación del Sistema;**
- VIII. Definir el marco organizacional del Sistema de Protección Social de Salud en los ámbitos federal y local;**
- IX. Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago de los beneficiarios para efectos del esquema de cuotas familiares a que se refiere el artículo 77 bis 21, en las entidades federativas;**
- X. Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y validar su correcta integración;**
- XI. Solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los**



institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica;

XII. Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban las entidades federativas, entre sí y con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios;

XIII. A los efectos de intercambiar información y comprobar la situación de aseguramiento, suscribir los convenios oportunos con las entidades públicas de seguridad social;

XIV. Tutelar los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud;

XV. Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los establecimientos de salud prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud;

XVI. Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud, previa opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Asimismo, para el caso en que proceda una compensación económica por incumplimiento a las obligaciones de pago entre entidades federativas, destinar al Régimen Estatal de Protección Social en Salud acreedor, el monto del pago que resulte por la prestación de servicios de salud que correspondan, con cargo a los recursos que en términos del presente Título deben transferirse directamente a las entidades federativas, o entregarse a la entidad federativa cuyo Régimen Estatal de Protección Social en Salud, sea considerado deudor, y

XVII. Evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y coadyuvar con los órganos competentes federales y locales en el control y la fiscalización de los recursos que se les transfieran o entreguen, para llevar a cabo las acciones del Sistema de Protección Social en Salud en su respectiva jurisdicción, incluyendo aquéllos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento.

B) Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales:



I. Proveer los servicios de salud en los términos de este Título y demás disposiciones de esta Ley, así como de los reglamentos aplicables, disponiendo de la capacidad de insumos y del suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad;

II. Identificar e incorporar por conducto del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, beneficiarios al Sistema de Protección Social en Salud, para lo cual ejercerán actividades de difusión y promoción, así como las correspondientes al proceso de incorporación, incluyendo la integración, administración y actualización del padrón de beneficiarios en su entidad, conforme a los lineamientos establecidos para tal efecto por la Secretaría de Salud;

III. Aplicar, de manera transparente y oportuna, los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias, para la ejecución de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud, en los términos de este Título, las demás disposiciones aplicables y los acuerdos de coordinación que para el efecto se celebren.

Para tal efecto, las entidades federativas estarán a lo dispuesto en la Ley General de Contabilidad Gubernamental y demás disposiciones jurídicas aplicables, así como a lo siguiente:

a) Una vez transferidos por la federación los recursos que corresponda entregar directamente a la entidad federativa de que se trate en los términos del artículo 77 bis 15, fracción I de esta Ley, los mismos deberán ser ministrados íntegramente, junto con los rendimientos financieros que se generen al Régimen Estatal de Protección Social en Salud, dentro de los cinco días hábiles siguientes, y

b) El Régimen Estatal de Protección Social en Salud, deberá informar a la Secretaría de Salud, dentro de los tres días hábiles siguientes el monto, la fecha y el importe de los rendimientos generados que le hayan sido entregados por la tesorería de la entidad federativa.

IV. Programar, de los recursos a que se refiere el Capítulo III de este Título, aquellos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa, en congruencia con el plan maestro que se elabore a nivel nacional por la Secretaría de Salud;

V. Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de



medicamentos asociados, se impongan de manera adicional en los términos de este Título, de conformidad con el artículo 77 Bis 23 de esta Ley;

VI. Realizar el seguimiento operativo de las acciones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en su entidad y la evaluación de su impacto, proveyendo a la Federación la información que para el efecto le solicite;

VII. Adoptar esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen la administración de servicios y registros clínicos, alienten la certificación de su personal y promuevan la certificación de establecimientos de atención médica; para tal efecto podrán celebrar convenios entre sí y con instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios, en términos de las disposiciones y lineamientos aplicables;

VIII. Recabar, custodiar y conservar por conducto del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, la documentación justificante y comprobatoria original de las erogaciones de los recursos en numerario que le sean transferidos, en términos del presente Título, la Ley General de Contabilidad Gubernamental y demás disposiciones aplicables, y proporcionar a la Secretaría de Salud y a los órganos de fiscalización competentes, la información que les sea solicitada, incluyendo los montos y conceptos de gasto, y

IX. Promover la participación de los municipios en los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y sus aportaciones económicas mediante la suscripción de convenios, de conformidad con la legislación estatal aplicable.

**Artículo 77 bis 6.** El Ejecutivo federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y las entidades federativas celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Para esos efectos, la Secretaría de Salud establecerá el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, tomando en consideración la opinión de las entidades federativas.

En dichos acuerdos se estipulará como mínimo lo siguiente:

I. Las modalidades orgánicas y funcionales de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud;

II. Los conceptos de gasto;

III. El destino de los recursos;



**IV. Los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del Sistema, y**

**V. El perfil que los titulares de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud deben cubrir.**

## **Capítulo II**

### **De los Beneficios de la Protección Social en Salud**

**Artículo 77 bis 7.- Gozarán de los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud las familias cuyos miembros en lo individual satisfagan los siguientes requisitos:**

**I. Ser residentes en el territorio nacional;**

**II. No ser derechohabientes de la seguridad social;**

**III. Contar con Clave Única de Registro de Población;**

**IV. Cubrir las cuotas familiares correspondientes, en los términos establecidos por el artículo 77 Bis 21 de esta Ley, y**

**V. Cumplir con las obligaciones establecidas en este Título.**

**Artículo 77 bis 8.- Se considerarán como beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a las personas a que se refieren los artículos 77 Bis 3 y 77 Bis 4 de esta Ley que satisfagan los requisitos del artículo anterior, previa solicitud de incorporación.**

**Artículo 77 bis 9.- Para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Dichos requerimientos garantizarán que los prestadores de servicios cumplan con las obligaciones impuestas en este Título.**

**La Secretaría de Salud y las entidades federativas, promoverán las acciones necesarias para que las unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que se incorporen al Sistema de**



Protección Social en Salud provean como mínimo los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, de acuerdo al nivel de atención, y acrediten previamente su calidad.

La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes:

- I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud;
- II. Aplicación de exámenes preventivos;
- III. Programación de citas para consultas;
- IV. Atención personalizada;
- V. Integración de expedientes clínicos;
- VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia;
- VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos, y
- VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.

Artículo 77 bis 10. Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud se ajustarán a las bases siguientes:

- I. Tendrán a su cargo la administración y gestión de los recursos que en términos de los Capítulos III y IV de este Título, se aporten para el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud; en el caso de los recursos transferidos por la federación a que se refiere el artículo 77 Bis 15, fracción I de esta ley, deberán abrir cuentas bancarias productivas específicas para su manejo;
- II. Verificarán que se provean de manera integral los servicios de salud, los medicamentos y demás insumos para la salud asociados, siempre que los beneficiarios cumplan con sus obligaciones;
- III. Fortalecerán el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en salud, a partir de los recursos que reciban en los términos de este Título, destinando los recursos



necesarios para la inversión en infraestructura médica, de conformidad con el plan maestro que para el efecto elabore la Secretaría de Salud;

IV. Deberán rendir cuentas y proporcionar la información establecida respecto a los recursos que reciban, en los términos de esta ley y las demás aplicables, y

V. Las demás que se incluyan en los acuerdos de coordinación que se celebren.

### Capítulo III

#### De las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud

**Artículo 77 bis 11.** El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la federación, las entidades federativas y los beneficiarios en los términos de este Capítulo y el Capítulo V.

Los recursos que se transfieran por la Federación para el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud, en cualquiera de sus modalidades, deberán computarse como parte de la cuota social o de la aportación solidaria federal a que se refieren los artículos 77 Bis 12 y 77 bis 13 de esta Ley, respectivamente.

En los casos de incumplimiento a las obligaciones de pago por la prestación de servicios de salud a la persona, establecidas en los convenios de colaboración celebrados entre las entidades federativas, la Federación, por conducto de la Secretaría de Salud, de los recursos a los que se refiere el presente Título, correspondientes a la entidad federativa deudora, podrá destinar a la entidad federativa acreedora, el monto que representa el pago de los casos validados y no rechazados por concepto de compensación económica.

**Artículo 77 bis 12.-** El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, la cual será equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará anualmente de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Para los efectos de este artículo, la fecha de inicio para el cálculo de la actualización conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor será el



primero de enero de 2009 y el salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal que se tomará en cuenta como punto de partida será el de ese mismo año.

La aportación a que se refiere este artículo se entregará a las entidades federativas, cuando cumplan con lo previsto en el artículo siguiente.

**Artículo 77 bis 13.** Para sustentar el Sistema de Protección Social en Salud, el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas efectuarán aportaciones solidarias por persona beneficiaria conforme a los siguientes criterios:

I. La aportación mínima de las entidades federativas por persona será equivalente a la mitad de la cuota social que se determine con base en el artículo anterior, y

II. La aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha aportación deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social que se fija en el artículo anterior.

La fórmula a que hace referencia la fracción II de este artículo incorporará criterios compensatorios con base en el perfil de las necesidades de salud, la aportación económica estatal y el desempeño de los servicios estatales de salud.

La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas para establecer cada uno de los criterios compensatorios y determinará el peso que tendrá cada uno de ellos en la asignación por fórmula. Asimismo, proporcionará la información de las variables utilizadas para el cálculo.

Los términos bajo los cuales se hará efectiva la concurrencia del Gobierno Federal y estatal para cubrir la aportación solidaria se establecerán en los acuerdos de coordinación a que hace referencia el artículo 77 Bis 6 de la Ley.

La composición y forma de entrega de los recursos correspondientes a las aportaciones a que hace referencia este artículo se determinarán en las disposiciones reglamentarias y serán incluidos en los acuerdos respectivos.

**Artículo 77 bis 14.** Cualquier aportación adicional a la establecida en el artículo anterior de los gobiernos de las entidades federativas para las acciones de



protección social en salud, tendrán que canalizarse directamente a través de las estructuras de los servicios estatales de salud.

**Artículo 77 bis 15.** El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de las entidades federativas, los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en las personas afiliadas, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, validados por la Secretaría de Salud.

La transferencia de recursos a que se refiere el párrafo anterior, podrá realizarse en numerario directamente a las entidades federativas, en numerario mediante depósitos en las cuentas que constituyan los Regímenes Estatales de Protección en Salud en la Tesorería de la Federación, o en especie, conforme los lineamientos que para tal efecto emitan la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en el ámbito de sus respectivas competencias, y adicionalmente, se sujetará a lo siguiente:

- I. La transferencia de los recursos en numerario que se realice directamente a las entidades federativas, se hará por conducto de sus respectivas tesorerías, en los términos que determinen las disposiciones reglamentarias de esta Ley y demás disposiciones aplicables;
- II. La Tesorería de la Federación, con cargo a los depósitos a la vista o a plazos a que se refiere este artículo, podrá realizar pagos a terceros, por cuenta y orden del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, quedando éste obligado a dar aviso de las disposiciones que realice con cargo a estos depósitos a la tesorería de su entidad para los efectos contables y presupuestarios correspondientes, y
- III. Los recursos en especie se entregarán a los servicios estatales de salud, quedando obligados a dar aviso de dicha entrega a la tesorería de su entidad para los efectos contables y presupuestarios correspondientes.

Los recursos que se transfieran en especie se acordarán en el Anexo correspondient

La Secretaría de Salud establecerá precios de referencia a los que se deberán sujetar las entidades federativas que reciban los recursos en numerario para la adquisición de medicamentos.

Cuando una persona elegible beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud sea atendida en cualquier establecimiento de salud del sector público de



carácter federal, la Secretaría de Salud canalizará directamente a dicho establecimiento, el monto correspondiente a las intervenciones prestadas, con cargo a los recursos a transferirse al respectivo Régimen Estatal de Protección Social en Salud, de acuerdo a los lineamientos que para tal efecto emita la propia Secretaría.

**Artículo 77 bis 17.-** De la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el Capítulo VI de este Título.

**Artículo 77 bis 18.** De la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal, aplicando, a través de un fondo sin límite de anualidad, dos terceras partes para las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas preferentemente en las entidades federativas con mayor marginación social, y una tercera parte, sujeta a anualidad, para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal.

Con cargo a esta previsión presupuestal, que será administrada por la Secretaría de Salud, se realizarán transferencias a las entidades federativas conforme a las reglas que fije el Ejecutivo Federal mediante disposiciones reglamentarias.

En caso de que al concluir el ejercicio fiscal correspondiente, existan remanentes en la previsión presupuestal destinada a la atención de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios, la Secretaría de Salud canalizará dichos remanentes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el Capítulo VI de este Título.

Al término de cada ejercicio la Secretaría de Salud rendirá al Congreso de la Unión un informe pormenorizado sobre la utilización y aplicación de los recursos del fondo al que se refiere el presente artículo.

## **Capítulo V**

### **De las Cuotas Familiares**



**Artículo 77 bis 21.-** Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas, que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, las cuales deberán cubrirse en la forma y fechas que determine la Secretaría de Salud, salvo cuando exista la incapacidad de la familia a cubrir la cuota, lo cual no le impedirá incorporarse y ser sujeto de los beneficios que se deriven del Sistema de Protección Social en Salud.

Las disposiciones reglamentarias establecerán los lineamientos para los casos en que por las características socioeconómicas de los beneficiarios éstos no aportarán cuotas familiares.

**Artículo 77 bis 22.** Las cuotas familiares se recibirán, administrarán y aplicarán conforme a las disposiciones de esta Ley y serán destinadas específicamente a los conceptos de gasto que determinen las disposiciones reglamentarias de la misma y que sean necesarios para el Sistema de Protección Social en Salud.

**Artículo 77 bis 23.** Las cuotas familiares y reguladoras, que en su caso se establezcan, serán recibidas, administradas y ejercidas por los servicios estatales de salud, a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, conforme a lo dispuesto en las disposiciones reglamentarias de esta Ley.

**Artículo 77 bis 24.** Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud deberán presentar a la Secretaría de Salud, conforme a los lineamientos que la misma establezca, los informes que sean necesarios respecto del destino, manejo y comprobación del ejercicio de los recursos correspondientes a las cuotas familiares.

**Artículo 77 bis 25.-** Para la determinación de las cuotas familiares se tomarán en cuenta las condiciones socioeconómicas de los beneficiarios, mediante la aplicación de un instrumento estandarizado fijado a nivel nacional por la Secretaría de Salud, el cual permitirá ubicarlos en el estrato adecuado.

Los niveles de las cuotas familiares podrán ser revisados anualmente tomando como base la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.



**Artículo 77 bis 26.-** El nivel de ingreso o la carencia de éste, no podrán ser limitantes para el acceso al Sistema de Protección Social en Salud.

**Artículo 77 bis 27.-** Bajo el principio de solidaridad social, las cuotas familiares no serán objeto de devolución bajo ninguna circunstancia, ni podrán aplicarse a años subsecuentes en el caso de suspensión temporal de los beneficios de la protección social en salud.

**Artículo 77 bis 28.-** Con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud, el Consejo de Salubridad General podrá establecer, mediante reglas de carácter general, un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en razón de la frecuencia en su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados. En dichas reglas deberá considerarse la posibilidad de que aquellos beneficiarios cuya condición socioeconómica así lo justifique, no cubran las cuotas a que se refiere este artículo.

## Capítulo VI

### Del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

**Artículo 77 bis 29.-** Para efectos de este Título, se considerarán gastos catastróficos a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.

Con el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos, se constituirá y administrará



por la Federación un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por la Secretaría de Salud.

**Artículo 77 bis 30.** Con el objetivo de fortalecer la infraestructura médica de alta especialidad y su acceso o disponibilidad regional, la Secretaría de Salud, mediante un estudio técnico, determinará aquellas unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que por sus características y ubicación puedan ser reconocidos como centros regionales de alta especialidad o la construcción con recursos públicos de nueva infraestructura con el mismo propósito, que provean sus servicios en las zonas que determine la propia dependencia.

Para la determinación a que se refiere el párrafo anterior, la Secretaría de Salud tomará en cuenta los patrones observados de referencia y contrarreferencia, así como la información que sobre las necesidades de atención de alta especialidad le reporten de manera anual los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o a través de los sistemas de información básica que otorguen los servicios estatales de salud.

Los centros regionales y demás prestadores públicos de servicios de salud de alta especialidad podrán recibir recursos del fondo a que se refiere este Capítulo para el fortalecimiento de su infraestructura, de conformidad con los lineamientos que establezca la Secretaría de Salud, en los que se incluirán pautas para operar un sistema de compensación y los elementos necesarios que permitan precisar la forma de sufragar las intervenciones que provean los centros regionales.

Con la finalidad de racionalizar la inversión en infraestructura de instalaciones médicas de alta especialidad y garantizar la disponibilidad de recursos para la operación sustentable de los servicios, la Secretaría de Salud emitirá un plan maestro al cual se sujetarán los servicios estatales de salud y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

No se considerarán elegibles para la participación en los recursos del fondo que se establezca en los términos del presente Capítulo las instalaciones médicas de alta especialidad que no cuenten con el Certificado de Necesidad que para el efecto expida la Secretaría de Salud, en congruencia con el plan maestro a que se refiere el párrafo anterior.



## **Capítulo VII**

**De la transparencia, supervisión, control y fiscalización del manejo de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud**

**Artículo 77 bis 31. Los recursos del Sistema de Protección Social en Salud estarán sujetos a lo siguiente:**

**A) Considerando el financiamiento solidario del Sistema de Protección Social en Salud, la Federación y las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, dispondrán lo necesario para transparentar su gestión de conformidad con las normas aplicables en materia de acceso y transparencia a la información pública gubernamental.**

**Para estos efectos, tanto la federación como los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a través de los servicios estatales de salud, difundirán toda la información que tengan disponible respecto de universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del Sistema de Protección Social en Salud, entre otros aspectos, con la finalidad de favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos, de manera que puedan valorar el desempeño del Sistema.**

**Asimismo, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud dispondrán lo necesario para recibir y evaluar las propuestas que le formulen los beneficiarios respecto de los recursos que éstos aporten y tendrán la obligación de difundir, con toda oportunidad, la información que sea necesaria respecto del manejo de los recursos correspondientes.**

**B) Para efectos del presente Título, la supervisión tendrá por objeto verificar el cumplimiento de las acciones que se provean en materia de protección social en salud, así como solicitar en su caso, la aclaración o corrección de la acción en el momento en que se verifican, para lo cual se podrá solicitar la información que corresponda. Estas actividades quedan bajo la responsabilidad en el ámbito federal, de la Secretaría de Salud, y en el local, de las entidades federativas, sin que ello pueda implicar limitaciones, ni restricciones, de cualquier índole, en la administración y ejercicio de dichos recursos.**

**C) Además de lo dispuesto en esta ley y en otros ordenamientos, las entidades federativas deberán presentar la información a que se refiere el artículo 74 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.**



La Secretaría de Salud dará a conocer al Congreso de la Unión, semestralmente de manera pormenorizada la información y las acciones que se desarrollen con base en este artículo.

**Artículo 77 bis 32.** El control y la fiscalización del manejo de los recursos federales que sean transferidos a las entidades federativas en los términos de este Título quedará a cargo de las autoridades siguientes, en las etapas que se indican:

I. Desde el inicio del proceso de presupuestación, en términos de la legislación presupuestaria federal y hasta la entrega de los recursos correspondientes a las entidades federativas, corresponderá a la Secretaría de la Función Pública;

II. Recibidos los recursos federales por las entidades federativas, hasta su erogación total, corresponderá a las autoridades competentes de control, supervisión y fiscalización, sean de carácter federal o local.

La supervisión y vigilancia no podrán implicar limitaciones, ni restricciones, de cualquier índole, en la administración y ejercicio de dichos recursos.

III. La fiscalización de las cuentas públicas de las entidades federativas, será efectuada por el Congreso Local que corresponda, por conducto de su órgano de fiscalización conforme a sus propias leyes, a fin de verificar que las dependencias y entidades del Ejecutivo Local aplicaron dichos recursos para los fines previstos en esta Ley, y

IV. La Auditoría Superior de la Federación, al fiscalizar la Cuenta Pública Federal, verificará que las dependencias del Ejecutivo Federal cumplieron con las disposiciones legales y administrativas federales, y por lo que hace a la ejecución de los recursos a que se refiere este Título, la misma se realizará en términos de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

Cuando las autoridades federales o locales que en el ejercicio de sus atribuciones de control y supervisión, conozcan que los recursos federales señalados no han sido aplicados a los fines que señala la Ley, deberán hacerlo del conocimiento de la Auditoría Superior de la Federación y de la Secretaría de la Función Pública en forma inmediata y, en su caso, del Ministerio Público de la Federación.

Por su parte, cuando el órgano de fiscalización de un Congreso Local detecte que los recursos federales señalados no se han destinado a los fines establecidos en



esta Ley, deberá hacerlo del conocimiento inmediato de las autoridades a que se refiere el párrafo anterior.

Las responsabilidades administrativas, civiles y penales que deriven de afectaciones a la Hacienda Pública Federal, a las aportaciones estatales y del núcleo familiar en que, en su caso, incurran las autoridades locales exclusivamente por motivo de la desviación de los recursos para fines distintos a los previstos en esta Ley, serán sancionadas en los términos de la legislación federal, por las autoridades federales, en tanto que en los demás casos dichas responsabilidades serán sancionadas y aplicadas por las autoridades locales con base en sus propias leyes.

## Capítulo VIII

### De la Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Artículo 77 bis 33. El Sistema de Protección Social en Salud contará con una Comisión Nacional, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con la estructura y funciones que le asigne su reglamento interno. El titular de la Comisión Nacional será designado por el Presidente de la República a propuesta del Secretario de Salud, que dispondrá para la operación de la Comisión de los recursos previstos para la misma en el presupuesto de la Secretaría de Salud.

## Capítulo IX

### Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios

Artículo 77 bis 34.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.



**Artículo 77 bis 35.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:**

- I. Recibir servicios integrales de salud;**
- II. Acceso igualitario a la atención;**
- III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;**
- IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud;**
- V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;**
- VI. Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud;**
- VII. Contar con su expediente clínico;**
- VIII. Decidir libremente sobre su atención;**
- IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;**
- X. Ser tratado con confidencialidad;**
- XI. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;**
- XII. Recibir atención médica en urgencias;**
- XIII. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica;**
- XIV. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban;**
- XV. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y**
- XVI. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.**



**Artículo 77 bis 36.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán las siguientes obligaciones:**

- I. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;**
- II. Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios de salud;**
- III. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;**
- IV. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud;**
- V. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;**
- VI. Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;**
- VII. Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que, en su caso, se le fijen;**
- VIII. Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;**
- IX. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;**
- X. Hacer uso responsable de los servicios de salud, y**
- XI. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.**

## **Capítulo X**

### **Causas de Suspensión y Cancelación al Sistema de Protección Social en Salud**



**Artículo 77 bis 37.-** La cobertura de protección social en salud será suspendida de manera temporal a cualquier familia beneficiaria en los siguientes casos:

- I. Cuando no cubra las cuotas familiar o reguladora en la forma y fechas que determine la instancia competente, en su caso, y
- II. Cuando el principal sostén de la familia beneficiaria se incorpore a alguna institución de seguridad social federal o estatal.

La cuota familiar amparará a los beneficiarios en el caso de que suceda la suspensión y la reincorporación a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud en un mismo ejercicio presupuestal.

**Artículo 77 bis 38.-** Se cancelarán los beneficios de la protección social en salud y la posibilidad de reincorporación, cuando cualquier miembro de la familia beneficiaria:

- I. Realice acciones en perjuicio de los propósitos que persiguen el Sistema de Protección Social en Salud o afecte los intereses de terceros;
- II. Haga mal uso de la identificación que se le haya expedido como beneficiario, y
- III. Proporcione información falsa sobre su nivel de ingreso en el estudio socioeconómico para determinar su cuota familiar y sobre su condición laboral o derechohabencia de la seguridad social.

En la aplicación de este artículo la Secretaría de Salud tomará como base la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y demás disposiciones aplicables.

**Artículo 77 bis 39.-** En los casos en que se materialicen los supuestos a que se refiere este Capítulo, los interesados conservarán los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud hasta por un plazo de sesenta días naturales a partir de la fecha de la suspensión o cancelación. Habiendo transcurrido este plazo, podrán acceder a los servicios de salud disponibles en los términos y condiciones que establece esta Ley.

**Artículo 222 Bis.-** Para efectos de esta Ley, se considera medicamento biotecnológico toda sustancia que haya sido producida por biotecnología



molecular, que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica, que se identifique como tal por su actividad farmacológica y propiedades físicas, químicas y biológicas. Los medicamentos biotecnológicos innovadores podrán ser referencia para los medicamentos biotecnológicos no innovadores, a los cuales se les denominará biocomparables. La forma de identificación de estos productos será determinada en las disposiciones reglamentarias.

Para la obtención del registro sanitario de medicamentos biotecnológicos, el solicitante deberá cumplir con los requisitos y pruebas que demuestren la calidad, seguridad y eficacia del producto, de conformidad con las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones jurídicas aplicables y una vez comercializado el medicamento biotecnológico se deberá realizar la farmacovigilancia de éste conforme la normatividad correspondiente.

El solicitante de registro sanitario de medicamentos biocomparables que sustente su solicitud en un medicamento biotecnológico de referencia, deberá presentar los estudios clínicos y, en su caso in- vitro que sean necesarios para demostrar la seguridad, eficacia y calidad del producto.

En caso de que no se hubieren emitido las disposiciones sobre los estudios necesarios y sus características a que hace referencia este artículo, éstos se definirán caso por caso, tomando en cuenta la opinión del Comité de Moléculas Nuevas, el que para efectos de lo dispuesto en este artículo contará con un Subcomité de Evaluación de Productos Biotecnológicos que estará integrado por especialistas y científicos en materia de biotecnología farmacéutica.

Los medicamentos biotecnológicos deberán incluir en sus etiquetas el fabricante del biofármaco y su origen, el lugar del envasado y en su caso el importador, debiendo asignarse la misma Denominación Común Internacional que al medicamento de referencia correspondiente sin que esto implique una separación en las claves del Cuadro Básico y de los catálogos de medicamentos de las instituciones de salud asignadas para estos.

**Artículo 225.-** Los medicamentos, para su uso y comercialización, serán identificados por sus denominaciones genérica y distintiva. La identificación genérica será obligatoria.



En la denominación distintiva no podrá incluirse clara o veladamente la composición del medicamento o su acción terapéutica. Tampoco indicaciones en relación con enfermedades, síndromes, síntomas, ni aquéllas que recuerden datos anatómicos o fenómenos fisiológicos, excepto en vacunas y productos biológicos.

Las disposiciones reglamentarias determinarán la forma en la que las denominaciones señaladas deberán usarse en la prescripción, publicidad, etiquetado y en cualquier otra referencia.

**Artículo 226.-** Los medicamentos, para su venta y suministro al público, se consideran:

I. Medicamentos que sólo pueden adquirirse con receta o permiso especial, expedido por la Secretaría de Salud, de acuerdo a los términos señalados en el Capítulo V de este Título;

II. Medicamentos que requieren para su adquisición receta médica que deberá retenerse en la farmacia que la surta y ser registrada en los libros de control que al efecto se lleven, de acuerdo con los términos señalados en el capítulo VI de este título. El médico tratante podrá prescribir dos presentaciones del mismo producto como máximo, especificando su contenido. Esta prescripción tendrá vigencia de treinta días a partir de la fecha de elaboración de la misma.

III. Medicamentos que solamente pueden adquirirse con receta médica que se podrá surtir hasta tres veces, la cual debe sellarse y registrarse cada vez en los libros de control que al efecto se lleven. Esta prescripción se deberá retener por el establecimiento que la surta en la tercera ocasión; el médico tratante determinará, el número de presentaciones del mismo producto y contenido de las mismas que se puedan adquirir en cada ocasión.

Se podrá otorgar por prescripción médica, en casos excepcionales, autorización a los pacientes para adquirir anticonvulsivos directamente en los laboratorios correspondientes, cuando se requiera en cantidad superior a la que se pueda surtir en las farmacias;

IV. Medicamentos que para adquirirse requieren receta médica, pero que pueden resurtirse tantas veces como lo indique el médico que prescriba;



V. Medicamentos sin receta, autorizados para su venta exclusivamente en farmacias, y

VI. Medicamentos que para adquirirse no requieren receta médica y que pueden expendirse en otros establecimientos que no sean farmacias.

No podrán venderse medicamentos u otros insumos para la salud en puestos semifijos, módulos móviles o ambulantes.

**Artículo 376.-** Requieren registro sanitario los medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas y productos que los contengan; equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos, estos últimos en los términos de la fracción VI del artículo 262 de esta Ley, así como los plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas o peligrosas.

El registro sólo podrá ser otorgado por la Secretaría de Salud, éste tendrá una vigencia de 5 años, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 378 de esta Ley, dicho registro podrá prorrogarse por plazos iguales, a solicitud del interesado, en los términos que establezcan las disposiciones reglamentarias. Si el interesado no solicitara la prórroga dentro del plazo establecido para ello o bien, cambiara o modificara el producto o fabricante de materia prima, sin previa autorización de la autoridad sanitaria; ésta procederá a cancelar o revocar el registro correspondiente.

Para los efectos a que se refieren los párrafos anteriores, el Ejecutivo a través de la Secretaría, mediante disposiciones de carácter general, establecerá los requisitos, pruebas y demás requerimientos que deberán cumplir los medicamentos, insumos para la salud y demás productos y sustancias que se mencionan en dichos párrafos.

**ARTÍCULO SEGUNDO.** Se deroga el artículo 58 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Artículo 58. Se deroga.

**TRANSITORIOS**



**CÁMARA DE  
DIPUTADOS**  
**LXV LEGISLATURA**

**PRIMERO.** - El presente Decreto entrará en vigor a partir del día siguiente a su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDO.** La Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público realizarán las acciones necesarias para restituir la operatividad de todos y cada uno de los elementos y componentes del Seguro Popular y del Sistema Nacional de Protección Social en Salud.

**CUARTO.** - La Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público realizarán los procesos pertinentes a fin de restituir el Fideicomiso para el Sistema de Protección Social en Salud, incluyendo el Fondo de Protección Contra Gatos Catastróficos.

**CUARTO.** - Dentro de los 120 días siguientes a la entrada en vigor de este Decreto se establecerá conjuntamente por ambas Cámaras del H. Congreso de la Unión un Parlamento Abierto plural, abierto y transparente para analizar y proponer mejoras al Seguro Popular y acciones progresivas para analizar y plantear iniciativas de mejoramiento del Seguro Popular en beneficio de la población.

Atentamente

Éctor Jaime Ramírez Barba, ~~Martha Estela Romo Cuéllar~~, Leticia Zepeda Martínez, María del Carmen Escudero Fabre, Mariana Mancillas Cabrera, Juan Carlos Maturino Manzanera, Vicente Javier Verástegui Ostos, Gerardo Peña Flores, Pedro Salgado Almaguer, Carlos Alberto Valenzuela González, Patricia Terrazas Baca, Carlos Humberto Quintana Martínez, Paulo Gonzalo Martínez López, María Beatriz Zavala Peniche, Gina Gerardina Campuzano González y Riuft Rivera Gutiérrez, diputadas y diputados de la LXV Legislatura integrantes del Grupo Parlamentario del PAN, de las Comisiones de Salud y de Hacienda y Crédito Público.