



POLÍTICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES BENEFICIARIOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (SPSS)

OT



VALIDACIÓN

NOMBRE Y CARGO	FIRMA
DR. HEBERTO ARBOLEYA CASANOVA DIRECTOR GENERAL	
DRA. ALMA ROSA SÁNCHEZ CONEJO DIRECTORA MÉDICA	
DR. HÉCTOR MARINO ZAVALA SÁNCHEZ DIRECTOR DE OPERACIONES	
LIC. OCTAVIO OLIVARES HERNÁNDEZ DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	
LIC. GUADALUPE ROSA DUEÑAS DONNADIEU RESPONSABLE DE ASUNTOS JURÍDICOS	
ING. JUAN MANUEL RIVERA GARRIDO SUBDIRECTOR DE RECURSOS FINANCIEROS	
Elaborado con base a estructura autorizada. Este documento se integra de 38 hojas.	



ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	4
• El fin primordial del Seguro Popular.....	7
• Retos actuales.....	8
MARCO JURÍDICO.....	9
OBJETIVO GENERAL.....	11
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	12
ALCANCE.....	12
POLÍTICAS DE OPERACIÓN Y LÍNEAMIENTOS.....	13
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	20
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	24
SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	26
DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....	27
REGISTROS.....	27
CAMBIO DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO.....	27
ANEXO DE PROCEDIMIENTOS	
A) BOLETÍN INFORMATIVO.....	28
B) HOJA DE TRIAGE.....	29
C) CARNET DE CITAS.....	30
D) PÓLIZA DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR.....	31
E) REFERENCIA.....	32
F)FORMATO DE PREVALIDACIÓN DE SEGURO POPULAR.....	33
G) CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS Y HOJA DE NO COBRO.....	34
H) HOJA DE CONTRAREFERENCIA.....	35
I) NOTA DE EGRESO.....	36

Handwritten signatures and initials in blue and brown ink, including the letters 'at' and 'N'.



INTRODUCCIÓN

El derecho a la protección a la salud en la legislación mexicana está inscrito en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cuyo artículo 4º, párrafo cuarto, dispone que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; este derecho no está definido con la claridad, ni otorgado con la calidad de *universal y obligatorio* de que gozan otros derechos como a la educación, sino como derecho a la protección, en la medida en que la salud no puede ser garantizada, pero sí el acceso a los servicios médicos.

Es en la Ley General de Salud de 1984 donde se determinan las modalidades del acceso a la protección que tienen las personas, aunque, al igual que todos los derechos sociales en México, nunca se excluye la capacidad de quien lo puede pagar para obtener un mejor servicio en el mercado. El objetivo de la reforma que incorporó el derecho a la protección de la salud en la Constitución era, como se asienta en el dictamen de las comisiones que estudiaron la propuesta del Ejecutivo, "dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos".

El 14 de diciembre de 2016, los legisladores aprobaron el dictamen que reforma el artículo 35 de la Ley General de Salud, para que los establecimientos de los servicios públicos de salud atiendan de manera preferente a las 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. El documento puntualiza que esta modificación al marco jurídico busca disminuir los obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud, debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales (DOF 27-01-2017).

Ahora bien, la determinación de las cuotas de recuperación se circunscribe a lo que indica el artículo 36 de la Ley General de Salud:

"Artículo 36.- Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas.

Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario.

Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud..."

En fecha 11 de septiembre de 2015, se formalizó el Convenio de Colaboración en Materia de Prestación de Servicios a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y Compensación Económica entre la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y los Organismos Públicos Descentralizados de las Entidades Federativas, que tiene por objeto: establecer los términos en que los Establecimientos Públicos de Salud Federales otorgarán servicios de salud a los beneficiarios de Sistema de Protección Social en Salud conforme a los protocolos médico-técnicos de cobertura del CAUSES y tabulador específico emitidos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se cubrirán esos servicios mediante la compensación económica, conforme a lo previsto en el artículo 77 BIS 15, último párrafo de la Ley General de Salud, 118, 119 y 120 del Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, así como los numerales Noveno y Décimo Primero de los Lineamientos para la Compensación Económica del Sistema de Protección Social en Salud.

El 15 de enero de 2016, se firmó el Convenio de Adhesión Numero 1 al Convenio de Colaboración en Materia de Prestación de Servicios a los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y Compensación Económica, entre la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y los Organismos Públicos



Descentralizados de las Entidades Federativas, que tiene por objeto: formalizar la adhesión al Convenio de Colaboración del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, Hospital Regional de Alta Especialidad de Bajío y Hospital de Especialidades Pediátricas como unidad médica del Centro Regional de Alta Especialidad Chiapas, en conjunto con los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y de los Establecimientos Públicos de Salud Federales. En cumplimiento con el artículo 77 BIS 1 de Ley General de Salud, que a la letra señala:

“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, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

En la actualidad, la protección a la salud de las personas es uno de los objetivos más importantes de la política pública, tanto en México como en el resto del mundo. El Estado fundamenta su activa participación bajo la perspectiva de la equidad, a partir de la premisa de que la salud es un derecho social fundamental y, por tanto, el Estado debe garantizar su protección, el problema público más importante es la desigualdad en salud que se presenta ¿cómo definir el concepto de desigualdad en salud? Margaret Whitehead (1990) ha logrado precisarlo con bastante éxito mediante la noción de “inequidad” sanitaria, término que contiene una dimensión moral y ética, pues se refiere a diferencias que, además de ser innecesarias y evitables, pueden considerarse injustas. Así para describir una situación de inequidad en salud, la causa debe examinarse y evaluarse a partir de una injusticia en el contexto de lo que sucede con el resto de la sociedad.

Desde sus orígenes el Sistema de Protección Social en Salud se concibió como descentralizado, por lo tanto, el flujo y la calidad de la información son elementos clave para la planeación, la implementación y sus ajustes, así como para el control y el monitoreo de las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y de los Servicios Estatales de Salud; es decir, la medida en que se entregue la información confiable, completa y de manera oportuna determina el cumplimiento de las condiciones.

Los flujos de información no se refieren de manera exclusiva, a los que existen entre las organizaciones gubernamentales (la CNPSS, los REPSS, los Sesa), sino de manera muy sobresaliente también a los que se asocian a los beneficiarios del Seguro Popular. Respecto a las organizaciones gubernamentales, conviene señalar, además, que los flujos de información incluyen tanto al personal encargado de la provisión médica de los servicios como a aquellos que se ocupan de la gestión de los servicios de salud.

Para la operación del Sistema es fundamental que quienes participan en todo el proceso estén informados de sus responsabilidades y funciones, en cuanto a la información, cumplir con las vertientes: conocimiento, apego a la norma y a la plataforma informática.

Conviene destacar que uno de los mejores resultados es la participación en la planeación y en la toma de decisiones con la CNPSS, los REPSS, los Sesa, pues ello permite aplicar soluciones *ad hoc* para superar condiciones socioeconómicas desfavorables o limitaciones en el sistema de salud estatal.

at



En suma, el ejercicio del derecho humano universal a la protección de la salud sigue dependiendo de la capacidad de cada sistema estatal y federal para hacerlo valer de manera efectiva.

La normatividad para la rendición de cuentas establece, en los planos federal y estatal, el ejercicio de un control interno, entre agencias de gobierno, y uno externo, a través del control de la Auditoría Superior de la Federación y de los ciudadanos. En el HRAEI ambos niveles se cumplen.

at



El fin primordial del Seguro Popular

Es que los recursos del Seguro Popular provenientes de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal que se transfieren a los servicios de salud se destinen para las enfermedades que cubre el Seguro Popular a sus afiliados del segundo y tercer nivel de atención contempladas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud.

Si bien es cierto que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud deben ser atendidos en las unidades médicas de la entidad federativa a la que pertenece, también existe un gran número de personas que acuden directamente a los establecimientos de salud públicos de carácter federal, por la falta de infraestructura, tecnología, insumos o en relación a la complejidad de los padecimientos, por lo que resulta necesario establecer el mecanismo para fortalecer los beneficios que otorga la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud.

En este sentido el HRAEI crea el área de Gestión Clínica, responsable del control y seguimiento, además de concentrar toda la información recabada de los pacientes susceptibles a recibir atención médica por parte del Sistema de Protección Social en Salud, misma que deberá ser registrada en plataforma por los responsables de dicho servicio, verificar su validación, subsanar, así como solicitar la conciliación de los casos que sean rechazados por el REPSS.

La operación del Sistema de Compensación Económica para Hospitales Federales; se otorga de acuerdo al cumplimiento de los Criterios vigentes establecidos por la CNPSS; la que deriva de la prestación de servicios a los beneficiarios, en los establecimientos públicos de salud de carácter federal.

Motivos de rechazo para el programa CAUSES, con fundamento en el numeral 2 de los criterios 2018, son los siguientes:

- a) El establecimiento de salud público de carácter federal no corresponda con el mencionado en el soporte documental capturado.
- b) No se cuente con identificación oficial vigente del afiliado o de la persona que firme la constancia.
- c) La intervención que se pretende cobrar, no se prestó o no esté debidamente sustentada.
- d) La intervención que se prestó no esté incluida en el CAUSES vigente.
- e) Los procedimientos quirúrgicos que no estén incluidos en las CIE 9 de la intervención que marca el CAUSES vigente.
- f) Las notas médicas no tengan los requisitos mínimos indispensables para el proceso de compensación económica, en apego de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.
- g) La hoja de no cobro no esté firmada por el beneficiario o la persona que presenta la identificación oficial.
- h) La captura se realice manualmente y contenga errores u omisiones en el registro de los "datos del paciente".
- i) Cuando se preste una consulta de especialidad o se realice un procedimiento quirúrgico y el médico tratante no sea un médico especialista.
- j) Cuando la subsanación sea de manera digital y no en el documento original.
- k) Se cobre al paciente por las atenciones con cobertura en CAUSES vigente.
- l) No se brinde de manera integral la atención, de acuerdo a la cobertura establecida en CAUSES vigente.
- m) El soporte documental no coincida con lo registrado en el sistema.
- n) Cuando sea referido por una institución que no pertenezca a la red estatal de servicios de salud.



- o) Cuando exista diferencia en las CIE 10 y CIE 9-MC registradas en plataforma y lo registrado en notas médicas.
- p) Cuando exista error de captura en el número de póliza en capturas automáticas.

Es importante destacar que en los Criterios para la compensación económica derivada de la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud en establecimientos públicos de salud de carácter federal (2018), en las Disposiciones Generales inciso 5 se señala que *“Cuando exista alguna complicación en el o los tratamientos de los pacientes, que sean ocasionadas por iatrogenia, ya sea por acción u omisión; quirúrgica, farmacológica, diagnóstica o en cascada, el establecimiento de salud asumirá el gasto ocasionado, por lo que no podrá realizar cobro al paciente o a la entidad federativa correspondiente”*, sin embargo el término *iatrogenia* es utilizado de manera errónea o equívoca, pues se trata del acto médico del tipo dañino, que a pesar de haber sido realizado debidamente no ha conseguido la recuperación de la salud del paciente. Iatrogenia según la real academia de la lengua española *“Dícese de toda alteración del estado del paciente producida por el médico”*

Retos actuales

Los temas de *igualitario, universalidad y gratuidad de los servicios de salud* han vuelto a cobrar vigencia en la discusión política y académica en nuestro país. La profundización de la crisis económica y la vulnerabilidad e insuficiencias del sistema público de salud, ha dejado en evidencia la necesidad de un sistema de seguridad social universal e integral, que cubra la totalidad de la población y no sólo a los trabajadores.

En México la cobertura universal todavía es una tarea pendiente, seguimos teniendo importantes problemas y carencias en cuanto al acceso a los servicios sanitarios, sobre todo entre la población con mayores necesidades.

Aunque en los últimos años, esto se ha matizado gracias a la ampliación del Seguro Popular, la realidad indica que nuestro sistema sanitario enfrenta infinidad de retos y carencias para que dicha prerrogativa se vuelva una realidad para todos los mexicanos. Según el Censo de Población y Vivienda 2010, más de un tercio de los mexicanos todavía carecen de algún tipo de aseguramiento médico. Es decir, no cuentan con cobertura sanitaria en caso de sufrir alguna enfermedad o accidente, y por tanto quedan a expensas de su capacidad económica para enfrentar dicha situación. Todo ello se resume en una gran pérdida de años potenciales de vida.

En este contexto el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, forma parte de la transformación del presente diseño institucional del sistema de salud nacional con cohesión, equidad e igualdad para la construcción de un esquema unitario, que permita el acceso universal para la población. A través de este sistema universal, el Estado mexicano dará cabal cumplimiento al mandato constitucional que dispone el derecho a la salud entendido como un derecho humano universal.

at



MARCO JURÍDICO, VIGENTE

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
DOF 15-09-2017.

LEYES

Ley General de Salud
DOF el 07-02-1984,

Ley General de Responsabilidades Administrativas
DOF 18 de julio de 2016

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
DOF el 4-05-2015

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública
DOF el 9 de mayo de 2016

Ley Federal de Archivos
DOF 23-01-2012

Ley Federal de las Entidades Paraestatales

Ley de Firma Electrónica Avanzada
DOF 11-01-2012

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados
DOF el 26-01-2017

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios en Atención Médica;
DOF 19-12-2016

Reglamento de la Ley Federal de Archivos
DOF 13-05-2014

Reglamento de la Ley de Firma Electrónica Avanzada
DOF 21-03-2014

Reglamento de la Ley Federal de Entidades Paraestatales
DOF 26-01-1990

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
DOF 17-12-2014

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Gubernamental
DOF 11-06-2003

DECRETO

at



Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, como un Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal; D.O.F. 8-junio-2012.

ACUERDOS

ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2018.

DOF 30 de diciembre de 2017

ACUERDO mediante el cual se aprueban los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.

DOF 26 de enero de 2018

ACUERDOS del Consejo Nacional de Armonización Contable

NORMAS

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico

DOF 15-10-2012

OTRAS DISPOSICIONES

Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, Expedido en la Ciudad de México, Distrito Federal, el 24 de julio de 2012, en la Primera Sesión Extraordinaria de la Junta de Gobierno del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca del Ejercicio Fiscal del año dos mil doce, modificado el 22 de julio del 2014, DOF del 1° de agosto del 2014.

Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos de la Secretaría de Salud. *at*

Criterios para la compensación económica derivada de la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud en establecimientos públicos de salud de carácter federal 2018. *J*

Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, aprobados en la Cuarta Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno, celebrada el 12 de diciembre del 2017, Acuerdo: O-04/2017-3. *[Signature]*

Manual de Contabilidad Gubernamental para el Sector Paraestatal Federal, Subsecretaría de Egresos. *[Signature]*



OBJETIVO GENERAL

Establecer las políticas que el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca aplicará para la protección de la salud a través de elementos y acciones necesarias que permitan atenuar las brechas sociales, para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud con tres condiciones esenciales: universalidad, equidad y calidad.

En el contexto de la calidad, el HRAEI mediante la autoevaluación y la evaluación a los establecimientos para la atención médica, a efecto de constatar que cumplió satisfactoriamente con criterios de capacidad, calidad y seguridad para el paciente, necesarios para proporcionar los servicios definidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y el Seguro Médico Siglo XXI del Sistema de Protección Social en Salud, que se encuentran fundamentados en los artículos 77 Bis 9 de la Ley General de Salud y del 23 al 29 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

El Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca está acreditado en la atención de 233 patologías de CAUSES, 17 del Fondo de Gastos Catastróficos señalados en el listado abajo señalado y seguro Médico Siglo XXI

1. Trasplante Renal pediátrico
2. Trasplante de Cornea
3. Linfoma no Hodgkin
4. Tumores Sólidos del Sistema Nervioso Central
5. Tumores sólidos fuera del Sistema Nervioso Central
6. Hepatitis C
7. Tumor de Ovario Epitelial y Germinal
8. Cáncer de mama
9. Cáncer Cervicouterino
10. Cáncer de próstata
11. Malformaciones congénitas, Quirúrgicas y Adquiridas del Aparato Digestivo
12. Malformaciones congénitas, Quirúrgicas y Adquiridas Cardiovasculares
13. Tumor maligno de Colon y Recto
14. Cáncer de Testículo
15. Infarto Agudo al miocardio
16. Hematopatías malignas.
17. Cuidados Intensivos Neonatales (Sepsis, Síndrome de dificultad Respiratoria y Peso extremadamente bajo)

Seguro Médico Siglo XXI (Menores de 5 años de edad) con 149 diagnósticos.



OBJETIVO ESPECÍFICO

Instaurar las acciones necesarias para que el Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca preste servicios de salud a la población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud, con base en los lineamientos técnico – administrativos para la compensación económica derivada de la prestación de Servicios de Salud en establecimientos públicos de Salud de carácter federal.

ALCANCE

A nivel Interno: El procedimiento es de observancia general y obligatoria para los servidores públicos que en el ámbito de sus funciones intervienen en el proceso administrativo, técnico y jurídico para la prestación de servicios asistenciales y no asistenciales en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

A nivel Externo: El procedimiento aplica a los usuarios, familiares y todo aquel que solicite un servicio médico que cuente con póliza vigente que acredite ser beneficiario del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

at



POLITICAS DE OPERACIÓN Y LINEAMIENTOS

1. Se atenderá a los beneficiarios de la CNPSS de manera integral en conformidad con las intervenciones del Sistema de Protección Social en Salud, acordes a los estándares nacionales, protocolos médicos-técnicos, Normas Oficiales Mexicanas y las guías de práctica clínica emitidas por la Secretaría de Salud, así como dar trato digno a los pacientes.
2. Para otorgar la atención a los beneficiarios de la CNPSS, la persona asegurada deberá presentar la siguiente documentación:
 - a) Copia de la póliza de afiliación legible y vigente al Sistema de Protección Social en Salud, debidamente firmada.
 - b) Copia de la identificación oficial legible y vigente de quien recibe la atención médica, así como de la persona responsable del paciente, la identificación puede ser:
 - ✓ Credencial para votar con fotografía
 - ✓ Cédula profesional
 - ✓ Pasaporte
 - ✓ Cartilla del Servicio Militar Nacional (no mayor a 10 años)
 - ✓ Licencia de manejo
 - ✓ Constancia de Identidad (con una vigencia no mayor a tres meses)
 - ✓ Credencial de INAPAM.
 - c) En caso de ser menor de edad el que recibe la atención médica, puede ser:
 - ✓ Copia de la CURP, o
 - ✓ Certificado de último grado de estudios (emancipados)
3. Cuando la atención sea de Consulta Externa deberá contar además con Hoja de Referencia legible emitida por Servicios Estatales de Salud con las siguientes características:
 - ✓ Fecha no mayor a 3 meses de su expedición
 - ✓ Nombre completo del paciente como aparece en su identificación oficial
 - ✓ Nombre completo de la unidad receptora (sin abreviaturas)
 - ✓ Servicio al que se envía (referencia por servicio)
 - ✓ Nombre legible y firma del médico
 - ✓ Nombre y firma del responsable de la unidad médica
 - ✓ Sello institucional de la unidad de procedencia (legible)
 - ✓ Sin roturas, tachaduras y enmendaduras
4. La atención brindada se sujetará a las patologías Acreditadas del Sistema de Protección Social en Salud que cuenten con cobertura.
5. El HRAEI otorgara los servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, bajo las siguientes modalidades de atención:

at

J

H

W



- a. Directa, cuando el beneficiario acude al HRAEI por:
- ✓ Referencia expedida por los Servicios Estatales de Salud.
 - ✓ *Comorbilidad. Se refiere a patologías adicionales que presentan los pacientes y están consignadas en la cartera de CAUSES, y quienes ya están siendo beneficiados en el HRAEI por los programas de Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y/o Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI). El pago de esta atención será a través del programa de CAUSES.*
- b. Indirecta, cuando el beneficiario acude al HRAEI sin referencia de los Servicios de Salud Estatales; por una urgencia calificada conforme a la oferta de acuerdo a la característica de cobertura establecida en el CAUSES.

A. DIRECTA

Ingreso de paciente a consulta externa mediante Hoja de Referencia.

1. Sera responsabilidad del personal de la Subdirección de Atención al Usuario ubicado en el módulo de ADMISION REFERENCIAS el ingreso del paciente y su registro en el Sistema electrónico utilizado en el HRAEI.
2. El personal de atención al usuario realizará el registro digital del paciente con cobertura en los programas SPSS por primera vez, para lo que el usuario deberá presentar en original:
 - Póliza de Seguro Popular vigente
 - INE vigente o cualquiera de los señalados en el numeral 2, inciso b).
 - Hoja de Referencia legible con las siguientes características:
 - ✓ Fecha no mayor a 3 meses de su expedición
 - ✓ Nombre completo del paciente como aparece en su identificación oficial
 - ✓ Nombre completo de la unidad receptora (Sin abreviaturas)
 - ✓ Servicio al que se envía (referencia por servicio)
 - ✓ Nombre y firma del médico legible
 - ✓ Nombre y firma del responsable de la unidad médica
 - ✓ Sello institucional de la unidad de procedencia (legible)
3. Para apoyar a la población que pueda ser beneficiada de los programas SPSS el área de Informes y Orientación de forma cotidiana realiza pláticas informativas acerca del proceso de Seguro Popular, reforzando la documentación que debe presentar, para obtener este beneficio.
4. Los Auxiliares de Admisión de Consulta Externa previo a otorgar consulta de primera vez, serán los encargados del envío del paciente o de su familiar al área de Gestión Clínica, para verificación de cobertura.
5. Personal de atención al usuario prestará auxilio y acompañamiento permanente para grupos vulnerables.

at



6. El personal de Atención al usuario entregará carnet y programa cita de Atención Inicial con médico especialista, orientando al usuario respecto de la ubicación del consultorio de la especialidad que corresponda.
7. El paciente acudirá a su cita el día y fecha señalada, veinte minutos antes de la hora consignada en el Carnet, para estar en la posibilidad de ejecutar el pago con personal de caja.
8. El Personal de caja indicará al paciente dirigirse al consultorio de la especialidad para recibir atención médica.
9. El Paciente entregara carnet y recibo con personal de enfermería del servicio conforme a la especialidad correspondiente.
10. Personal de enfermería tomará signos vitales al paciente y entrega carnet al médico de la especialidad correspondiente.
11. El médico de Consulta Externa otorgará la atención médica, procede a realizar su nota en el sistema electrónico utilizado en el HRAEI, emitirá un diagnóstico seleccionado del Catálogo de Diagnósticos CIE 10 y CIE 9. El diagnóstico seleccionado se filtrará, y si éste corresponde a cualquiera de las patologías acreditadas por el HRAEI para la atención de CAUSES, SIGLO XXI o GASTOS CATASTRÓFICOS, aparecerá la leyenda "PROCEDENTE". Ratificar tiempo de instalación de este proceso en Sistema. El paciente continuará su atención médica en el HRAEI. Para los casos que no requieran atención subsecuente el médico emitirá la hoja de contra-referencia
12. El personal de Gestión clínica será el encargado de validar la documentación y realizará el llenado primero del formato de Prevalidación de Seguro Popular y posterior en caso de ser procedente la cobertura, de la Constancia de Recepción de Servicios y Hoja de No Cobro para la exención de pago, únicamente para programa CAUSES.
13. Personal de Gestión Clínica realizará el cambio y asigna en el sistema electrónico utilizado en el HRAEI, el programa que corresponda de acuerdo a la cartera de SPSS que tenga cobertura.
14. Para programas de Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos y Siglo XXI no se requiere Hoja de No Cobro y será procedente solamente con diagnóstico confirmado.

B. INDIRECTA

El ingreso del paciente al servicio de urgencias, se realiza:

1. Por su propio pie y deberá ejecutar el pago de la atención.
2. Personal de admisión de urgencias remitirá al paciente para evaluación de TRIAGE.
3. El paciente ingresará al área de TRIAGE para determinar la prioridad de la atención clasificándolo de acuerdo al siguiente código:

at
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]



- Código Rojo: El paciente necesita atención inmediata, ENVIAR A UNIDAD DE CHOQUE. Cursa con eventos que ponen en riesgo la vida o funcionalidad de algún órgano. Su estado es verdaderamente crítico.
- Código Amarillo: Los pacientes son urgentes y con riesgo vital, pero los pacientes pueden aguardar hasta una hora para recibir atención. Condición en la que el paciente se puede complicar en las siguientes horas o días.
- Código Verde. Paciente que puede esperar para su atención hasta seis horas o más o recibir atención médica en su Centro de Salud, ya que son patologías que NO ponen en riesgo la vida o un órgano.
- Código Negro. Pacientes que llegan en condición de cadáver.

Paciente que ingresa al área de choque, por presentar afectación orgánica, con riesgo importante de pérdida de la función o la vida.

- I. Personal de admisión de urgencias solicitará al familiar datos del paciente para ingresarlo a sistema electrónico utilizado en el HRAEI, en caso de que se presente la Póliza Seguro Popular es obligatorio que el personal de admisión registre los datos de dicha póliza y oriente al usuario sobre los documentos que debe de entregar para la integración del expediente, en caso de que la cobertura sea PROCEDENTE, indicará pasar al área de Gestión Clínica si es horario laborable. (lunes a domingo y festivos de 8:00 a 20:00 horas).
En el turno nocturno en donde no se cuenta con personal de Gestión Clínica la función será realizada por el área de Cajas.
- II. Dicha información también será incluida en el folleto de solicitud de afiliación y se transmitirá en los televisores del interior del hospital, para facilitar al usuario el proceso de atención.
- III. El médico de filtro u observación una vez ejecutada su evaluación, procederá a realizar su nota médica en el sistema electrónico utilizado en el HRAEI y emitirá un diagnóstico, el cual será seleccionado del catálogo de diagnósticos CIE 10 y CIE 9, el diagnóstico seleccionado se filtrará, y si éste corresponde a cualquiera de las patologías acreditadas por el HRAEI para la atención de CAUSES, SIGLO XXI o GASTOS CATASTRÓFICOS, aparecerá la leyenda de PROCEDENTE.
- IV. Todos los pacientes que soliciten atención médica en el servicio de urgencias y resulten beneficiarios de algún programa de SPSS se dará cobertura de acuerdo a diagnóstico y se realizará el cambio en sistema electrónico utilizado en el HRAEI. para que pueda ser ejecutada la exención de pago y el HRAEI dé cumplimiento a los programas en los que está acreditado, para que sea procedente una vez agotado el proceso de captura, subsanación y conciliación conforme a los criterios de cada uno de los programas para la solicitud de pago al REPSS o a la CNPSS, siempre y cuando cumplan con documentación completa enlistada en el numeral 2, inciso b), clasificándose de la siguiente manera:
 - Ambulatorio: Todo paciente que tenga una patología que se encuentre dentro de los catálogos correspondientes a cualquiera de los programas de la SPSS sea atendido, tratado y controlado de forma ambulatoria deberá presentar documentación de forma inmediata, de no ser así procederá al pago por los servicios recibidos.



- Observación: Todo paciente que ingrese por urgencia y cuente con una patología que se encuentre dentro de los catálogos correspondientes a cualquiera de los programas de la SPSS y requiera atención médica, tratamiento y control hospitalario tendrá ocho horas para presentar documentación vigente.
- 1°. El área de Gestión Clínica se encargará de validar documentación, así como realizar el primero el llenado del formato de Prevalidación de Seguro Popular y posterior en caso de ser procedente la cobertura, de la constancia de recepción de servicios y hoja de no cobro para la exención de pago. Así mismo realizará el cambio en el sistema electrónico utilizado en el HRAEI, de acuerdo al programa correspondiente y de esta forma quedará identificado, cuando el caso es procedente, se entregará documentación al usuario.
En el turno nocturno en donde no se cuenta con personal de Gestión Clínica la función será realizada por el área de Cajas.
- 2°. El usuario que recibirá la documentación señalada en numeral anterior y deberá presentarla al área de Cajas o Cuentas paciente, en caso de extravío o modificación de los mismos, se remitirá al área de Gestión Clínica para verificar documentos y reposición del formato de recepción de servicio y hoja de no cobro.
- 3°. La Trabajadora Social observará en pantalla la condición de PROCEDENTE que será el indicador para orientar al familiar que deberá continuar el proceso de atención médica de cualquiera de los programas acreditados.
- 4°. Los usuarios que no sean beneficiarios de los programas de SPSS cubrirán el costo de atención de acuerdo a tabuladores y a las Políticas Institucionales vigentes. En caso de resultar beneficiario por acreditar la documental tendrán tres días hábiles para solicitar el reembolso correspondiente.
- 5°. Los pacientes que ingresen por diagnóstico al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, el médico tratante deberá solicitar su inclusión a través del llenado del formato correspondiente, que será entregado para resguardo en oficina de Gestoría Clínica.
- 6°. Para los casos de recién nacidos sin acta de nacimiento, que portan los apellidos de la madre, se solicitará a los padres que a la brevedad los lleven a registrar para obtener el acta de nacimiento, *documento* por el cual el Juzgado Civil otorgará constancia de los datos básicos acerca del nacimiento de la persona, y puedan proceder al aseguramiento del recién nacido y quede afiliado al Seguro Popular.
- 7°. Auxiliares de admisión recibirán y registrarán los datos de la Póliza en el sistema electrónico utilizado por el HRAEI.
- 8°. No será motivo de rechazo cuando en la nota médica en menores de un año, sea registrado como "RN" o con los apellidos de los padres, por lo que, al momento del registro, puede no ser coincidente con el nombre registrado en la póliza de afiliación, lo anterior de acuerdo al manual de afiliación vigente.



- 9°. No será responsabilidad del establecimiento de salud cuando el paciente tenga citas de seguimiento y no acuda el día y hora establecida, por lo que el HRAEI dependiendo de su capacidad de atención, decidirá la fecha para re-agendarla, ya que el beneficiario es corresponsable de su atención. De requerir nuevamente la atención, el usuario deberá traer una nueva referencia emitida por los Servicios de Salud que correspondan, con fundamento en los Criterios para la compensación económica derivada de la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del sistema de protección social en salud en establecimientos públicos de salud de carácter federal.
- 10°. El personal del área de Tesorería será el encargado de generar el recibo único de ingresos, sin cobro alguno para el paciente así como de recabar la documentación que integra el área de Gestión Clínica.
- 11°. El personal de Tesorería entregará la documentación recabada a el área de Gestión Clínica los días lunes, miércoles y viernes en un horario de 8:00 a 16:00 horas para su revisión, con la finalidad de continuar con el proceso correspondiente, a su vez realizará el cambio de estatus del paciente nuevamente a valoración en el sistema informático utilizado en el HRAEI.
- 12°. El área de Gestión Clínica solicitará al personal de archivo clínico la integración del expediente de Compensación Económica de acuerdo a criterios de SPSS de los pacientes que tengan cobertura, así como su resguardo.
- 13°. El personal de Gestión Clínica será el responsable de dar seguimiento de la calendarización de la apertura de las plataformas de las diferentes carteras de servicio.
- 14°. El personal de Gestión Clínica, revisará la integración adecuada del expediente de compensación económica y capturará en las diferentes plataformas los casos recabados y validados en los periodos correspondientes, a la vez enviará la información por escrito a la Subdirección de Recursos Financieros conteniendo todos los casos que fueron incluidos en las plataformas, quien podrá visualizar el estatus final de cada caso. *at*
- 15°. Para el programa de FPGC, los casos que estén en esta categoría la Comisión envía a Financieros un reporte nominal, de los casos aceptados en cada uno de los periodos, por patología.
- 16°. En los casos de Siglo XXI la comisión puede solicitar información adicional para sustentar el diagnóstico de cobertura y validar el caso, y todos los casos que sean aceptados quedarán integrados para cobro en el reporte nominal que se remite a Financieros. *[Handwritten signature]*
- 17°. El registro de los pacientes que quedan insertos en los programas FPGC y Siglo XXI de manera detallada lo informará a Gestión Clínica a financieros para cotejo. Las plataformas de registro para FPGS y Siglo XXI son independientes y la cobertura es conforme a la patología. *[Handwritten signature]*
- 18°. El personal de Gestión Clínica del HRAEI fungirá como enlace entre el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), el beneficiario y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). *[Handwritten signature]*

[Handwritten signature]



- 19°. El personal de Gestión Clínica asignado a la captura de casos en las diferentes plataformas de los programas del SPSS se encargará de subsanar y conciliar los casos rechazados conforme a los calendarios o criterios establecidos. Respecto de los casos que se conciliarán ante la CNPSS el área de Gestión Clínica informará a la Subdirección de Recursos Financieros, así mismo las acciones realizadas y el resultado de dicha conciliación. Realizando una conciliación final entre ambas áreas respecto del total de los casos validados y rechazados permanentes, informando las acciones realizadas y proporcionando evidencia documental. Se instrumentará una minuta de trabajo por cada cierre o ciclo respecto de la atención dada a cada folio recibido.
- 20°. La Subdirección de Recursos Financieros a través del área de Tesorería será la encargada de enviar los recibos de cobro generados en la plataforma del Sistema de Compensación Económica a los diversos REPSS, y una vez recibido el pago correspondiente actualizará la plataforma con las facturas que acrediten el pago, a su vez generará las facturas para cobro de los programas del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y Seguro Médico Siglo XXI.
- 18° Es importante mencionar que el objetivo del Convenio de Colaboración en Materia de Prestación de Servicio los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y Compensación Económica, es brindar atenciones médicas a los beneficiarios del Sistema, por lo que una vez agotado el proceso de captura, validación o rechazo, subsanación, revalidación y conciliación en los casos que resulten rechazados de forma permanente, conforme a los protocolos médico-técnicos y tabuladores específicos de cobertura en CAUSES, emitidos por la Comisión Nacional, no será motivo para que el paciente realice gastos de bolsillo y los erogados correrán a cargo del presupuesto del hospital, siempre y cuando esté debidamente documentado que se realizaron en tiempo y forma las acciones para su validación.

La presente política para la "Atención de Pacientes Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud" es elaborada en términos de las disposiciones que rigen la prestación de servicios a los pacientes beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud emitidas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, por lo que no limita al Hospital realizar las adecuaciones que estime necesarias atendiendo a las disposiciones en esta materia y a las necesidades de los usuarios.

at
J
N
B
M



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	DOCUMENTO
Portería (Ubicada en la entrada del HRAEI)	1	<ul style="list-style-type: none"> Entregan al paciente o familiar boletín informativo con número de turno (Entrada Directa). Entregan boletín informativo Entregan hoja de TRIAGE en caso de urgencias a paciente o familiares (Entrada Indirecta). 	Boletín informativo Hoja TRIAGE
Referencias	2	<p>Entrada Directa</p> <ul style="list-style-type: none"> Se establecen filtros de zonificación según el nivel de atención Si corresponde se pide todos los documentos referidos en el boletín informativo En caso de no encontrarse afiliado se orienta para afiliarse a seguro popular Reciben y verifican la documentación otorgada por el paciente Se cotejan las referencias con los datos señalados en el boletín informativo Ingresan al paciente al sistema MEDSYS Programan cita Indican que al término de la 1era consulta pase al área de Gestoría de Seguro Popular/Gestión Clínica. Se hace una relación de las referencias recibidas y se entregan al archivo clínico para integrar el expediente del paciente. Si la Hoja de Referencia no corresponde, orienta al usuario respecto de la forma correcta de la referencia y envía a su centro de salud para referencia adecuada. 	Carnet de citas Póliza de afiliación Referencia
Beneficiario	3	<p>Consulta Externa</p> <p>Se le otorga la consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> Posterior a la primera consulta, pasa a gestoría de Seguro Popular/Gestión Clínica para validar cobertura. En caso de ser necesario acude con personal administrativo de consulta externa para programar cita subsecuente programada. Acudir a las citas programadas <p>Urgencias</p> <ul style="list-style-type: none"> Paciente o familiar entrega documentación requerida. Personal administrativo de admisión apertura cuenta por admisión 	Primero el Formato de Prevalidación de Seguro Popular y posterior en caso tener cobertura, Constancia de recepción de servicios y Hoja de no cobro.

at
D
[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]



RESPONSABLE	No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	DOCUMENTO ANEXO
Beneficiario	3	Ingresa a valoración médica: <ul style="list-style-type: none"> • Corta estancia (egreso a domicilio) Ingreso a hospitalización <ul style="list-style-type: none"> • Pasa familiar responsable a Gestoría de Seguro Popular/Gestión Clínica para verificar cobertura. 	
Médico.	4	Consulta externa: <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona consulta y elabora nota médica. <ol style="list-style-type: none"> a) Alta (contrarreferencia a su unidad emisora) Cita Subsecuente: <ul style="list-style-type: none"> • En caso de requerirlo entrega solicitudes de laboratorio, gabinete. Urgencias (corta estancia): <ul style="list-style-type: none"> • Otorga atención médica conforme al diagnóstico. <ul style="list-style-type: none"> • Elabora solicitud de estudios y nota de urgencias, entrega hoja de enfermería • Decide el alta de pacientes (Nota de Egreso) • Notifica egreso a trabajo social Atención de procedimiento en urgencias: <ul style="list-style-type: none"> • Realiza solicitud de procedimiento. • Envía con gestor de seguro popular Hospitalización: <ul style="list-style-type: none"> • Se decide ingreso a piso o procedimiento quirúrgico <ul style="list-style-type: none"> Se decide ingreso: <ol style="list-style-type: none"> a) Hospitalización b) Procedimiento quirúrgico • Servicio responsable ejecuta hoja de encame • Envía familiar con trabajo social y gestor de Seguro Popular Egreso Médico tratante ejecuta : <ul style="list-style-type: none"> • Alta por Mejoría • Alta Voluntaria • Alta por defunción Médico tratante entrega Nota de Egreso al paciente o familiar. <ul style="list-style-type: none"> • En caso de patología de FPGC llena formato correspondiente para solicitar la inclusión al programa. 	Hoja de contrarreferencia Formato de solicitud estudios. Notas médicas Nota de Egreso
Gestoría de Seguro Popular /Gestión Clínica	5	<ul style="list-style-type: none"> • Valida la cobertura o no conforme a la patología. • Valida documentación e información de los diferentes programas de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico. <ul style="list-style-type: none"> • Primero el llenado del formato de Prevalidación de Seguro Popular En caso de ser procedente elabora Constancia de Recepción de Servicios y Hoja de no cobro. 	Constancia de Recepción de Servicios y Hoja de no cobro

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]



RESPONSABLE	No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	DOCUMENTO ANEXO
Gestoría de Seguro Popular /Gestión Clínica	5	<ul style="list-style-type: none"> Actualiza en el sistema electrónico utilizado en el HRAEI el estatus del beneficiario como socio de negocio. 	
Cuenta paciente	6	<ul style="list-style-type: none"> Genera recibo único de ingresos y en su caso aviso de pago. Recaba documentación comprobatoria de la cobertura otorgada al paciente. • (hoja de no cobro, póliza, identificación de paciente y responsable del mismo, validada previamente por gestor de seguro popular) Entrega al área de gestión clínica la documentación recabada Realiza la actualización en el sistema informático (MedSys) el estatus del paciente. 	Aviso de pago Recibo de pago
Gestión Clínica	7	<ul style="list-style-type: none"> Valida cobertura Recibe Constancia de Recepción de Servicios y Hoja de no cobro Recaba, revisa, escanea y valida expediente completo de los casos para subir a plataforma. Integra expediente de SCE Registra casos en plataformas de los programas del SPSS. Funge como enlace entre el REPSS, el beneficiario y la CNPSS. Subsana y concilia casos rechazados del programa CAUSES. Informará a la Subdirección de Recursos Financieros las acciones realizadas y proporciona evidencia documental de los folios rechazados permanente. Concilia periódicamente con Recursos Financieros la atención brindada a cada caso recibido. 	Registro en plataforma de la CNPSS.
Trabajo social	8	<ul style="list-style-type: none"> Realiza estudio socioeconómico en los casos procedentes. Envía paciente a Seguro Popular y a cuentas paciente para verificar la cobertura. Notifica a cuentas pacientes el egreso de pacientes Verifica pago de procedimiento Sella Aviso de pago 	Estudio socioeconómico
Enfermería	9	<ul style="list-style-type: none"> Consulta Externa Toma signos al paciente. Hospitalización Recoge copia de Nota de Egreso. Aviso de pago. Deja documentación en central de enfermería. 	Nota de Egreso
RESPONSABLE	No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	DOCUMENTO ANEXO

Seguridad y vigilancia	10	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica recibo de pago sellado • Autoriza la salida 	Bitácora de control de pacientes
Archivo clínico	11	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe documentación del servicio de Referencias • Coteja documentación • Revisa relación plasmando fecha, nombre y firma del personal que recibe • Resguarda la información en los expedientes • Integra expedientes • Resguarda expediente 	Base de datos de control de pacientes
Financieros	12	<ul style="list-style-type: none"> • Envía los recibos de cobro generados en la plataforma del sistema de compensación económica. • Actualiza la plataforma con las facturas correspondiente al pago. • Da seguimiento a los pagos de Seguro Popular • Concilia con gestión clínica respecto de los folios entregados. • Revisa y resguarda casos rechazados permanentes. 	Factura

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Registro Contable. Los usuarios de los servicios médicos otorgados por HRAEI a los asegurados al Sistema de Protección Social en Salud se registran contablemente como un ingreso exento.

Tratándose de folios rechazados permanentemente por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud habiendo sido agotadas y documentadas las vías para la gestión de cobro, se estará a lo establecido en el “Convenio de Adhesión Numero 1 al Convenio de Colaboración en Materia de Prestación de Servicios a los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y Compensación Económica, entre la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y los Organismos Públicos Descentralizados de las Entidades Federativas, firmado el 15 de enero del 2016 el cual tiene por objeto: formalizar la adhesión al Convenio de Colaboración del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, Hospital Regional de Alta Especialidad de Bajío y Hospital de Especialidades Pediátricas como unidad médica del Centro Regional de Alta Especialidad Chiapas, en conjunto con los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y de los Establecimientos Públicos de Salud Federales” y a los Lineamientos para la Compensación Económica del Sistema de Protección Social en Salud correspondiente al Anexo UNO.







GLOSARIO

Para efectos de la Presente Política, se entenderá por:

Bases: directrices que deben cumplirse para llevar a cabo la cancelación de cuentas incobrables

Beneficiario: Persona inscrita en el Sistema de Administración del Padrón del Sistema de Protección Social en Salud que cuenta con póliza de afiliación vigente.

Caso rechazado: Evento y/o caso que el REPSS haya rechazado durante el periodo de validación o de revalidación.

Comisión: Comisión Nacional de Protección Social en Salud CNPSS.

Compensación Económica: Los mecanismos de pago definidos en el artículo 118, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Consulta de especialidad: Atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios en las cuatro especialidades médicas básicas y todas las subespecialidades que de ellas se deriven.

Emancipados: Se entenderá como persona emancipada cuando el menor de edad sea titular de la póliza de afiliación a seguro popular.

Establecimiento de salud: Establecimientos públicos de salud de carácter federal. Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

Estudios de laboratorio y/o gabinete de alta especialidad: Exámenes de laboratorio y/o de gabinete de especialidad que permite al médico consolidar un diagnóstico.

Evento y/o caso: Atención médica brindada al beneficiario del Sistema de Protección Social en Salud en un establecimiento público de salud de carácter federal.

Factura: Es un documento de carácter administrativo que sirve como comprobante de una compraventa de un bien o servicio.

Grupos Vulnerables: Persona o grupo de personas que por sus características de desventajas por edad, sexo, estado civil, nivel educativo, origen étnico, situación económica, condición física o mental, requiere de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia.

Ley: Ley General de Salud

Lineamientos: Lineamientos para la Compensación Económica del Sistema de Protección Social en Salud.

Norma: A las Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca

Protocolos médico-técnicos de cobertura del CAUSES: Documento que contiene el límite de eventos a pagar por año y los tabuladores de pago conforme a las características de cobertura de cada intervención.



Procedente: Clave en formato digital que permitirá identificar a los pacientes que puedan tener acceso a los programas de Protección Social en Salud.

Póliza de Afiliación: El documento emitido por el programa informático del Padrón que sirve al Beneficiario como comprobante de su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.

Reglamento: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

Sistema electrónico utilizado en el HRAEI: Sistema de gestión de información médica utilizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (expediente clínico electrónico).

Secretaría: La Secretaría de Salud.

Gestión Clínica. Proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Supone otorgar a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente.

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

TRIAGE: Clasificación de la gravedad, sintomatología y problema de salud que presenta un paciente cuando llega al servicio de urgencias y que permite definir la prioridad de la atención.

J

at

J

J

J

J



SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ASF:	Aportación Solidaria Federal
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades
CURP:	Clave Única de Registro de Población
DOF:	Diario Oficial de la Federación
CURP:	Clave Única de Registro de Población
CAUSES:	Catálogo Universal de Servicios de Salud
FPGC:	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos a que hace referencia el Capítulo Sexto del Título Tercero Bis de la Ley General de Salud
FPSS:	Fondo de Protección Social en Salud
HRAEI:	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
INAPAM	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
MEDSYS:	Sistema integral de información para la gestión hospitalaria del HRAEI que permite a las áreas administrativas y operativas, registrar, consultar y reportar información que se genera en los diferentes procesos en los que interviene cada una en el ámbito de su competencia.
OPD:	Organismo Público Descentralizado
OMS:	Organización Mundial de la Salud
REPSS:	Régimen Estatal de Protección Social en Salud deudor, donde se encuentra afiliado el beneficiario del Sistema de Protección Social en Salud que fue atendido en un establecimiento público de salud de carácter federal
SS:	Secretaría de Salud
Sesa:	Servicios Estatales de Salud
SMSXXI:	Seguro Médico Siglo XXI
SNS:	Sistema Nacional de Salud (México)
SPSS:	Sistema de Protección Social en Salud

at

at

at

at

at

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Criterios para la compensación económica derivada de la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del sistema de protección social en salud en establecimientos públicos de salud de carácter federal vigente (2018).
- Lineamientos para la compensación económica del Sistema de Protección social en Salud
- Catálogo universal de Servicios de Salud vigente (2018).
- Catálogo de oferta de Cobertura del HRAEI vigente (2018).
- Calendario del Sistema de compensación económica para hospitales federales vigente (2018).
- Tabulador vigente (2018).
- Manual del gestor de Seguro Popular vigente.
- Protocolos Técnicos emitidos por el Consejo de Salubridad General
- Tabuladores FPGC vigente (2018).
- Reglas de Operación SMSXXI vigente (2018).
- Tabulador SMSXXI vigente (2018).

REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservación	Código de registro o identificación única
Plataformas de Seguro Popular	5 años	CNPSS	Perfil del usuario

CAMBIOS DE REVISIÓN

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservación	Código de registro o identificación única
No Aplica			

Handwritten mark

at

Handwritten signature and scribbles



ANEXOS

- a) Boletín Informativo
- b) Hoja de TRIAGE
- c) Carnet de Citas
- d) Póliza de Afiliación al Seguro Popular
- e) Referencia
- f) Formato de prevalidación de Seguro Popular.
- g) Constancia de Recepción de Servicios y Hoja de no Cobro
- h) Hoja de Contrareferencia
- i) Nota de Egreso

Handwritten mark resembling a stylized '2' or '7'.

Handwritten mark resembling 'at'.

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten mark resembling a vertical line.

Handwritten mark resembling a stylized 'S'.

Handwritten signature in blue ink.



BOLETÍN INFORMATIVO

Presentarse en **RECEPCION** de **LUNES** a **VIERNES** a las **7:00 am.**

Una sola persona, **NO** es necesario que el paciente acuda.

FECHA:

23 OCT 2017

NÚMERO:

28

INDICACIONES PARA SACAR CITA CON HOJA DE REFERENCIA:

1.- Deberá entregar la siguiente documentación:

- Hoja de referencia original y copia, expedida por Centro de Salud.
- Copia de la Póliza de Seguro Popular vigente (En caso de no contar con ella le recomendamos afiliarse).
- Copia de identificación oficial del titular de la póliza.
- Copia de identificación oficial del paciente. (Si es menor de edad no es necesaria)
- Copia del CURP del paciente.
- Nota de Egreso de Urgencias original y Copia, solo si fue atendido(a) en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

No podrá sacar su cita si no proporciona la documentación completa solicitada.

NOTA IMPORTANTE: El **SEGURO POPULAR** no cubre al 100% los gastos que genere su tratamiento

CARACTERÍSTICAS DE LA HOJA DE REFERENCIA

- Expedida por Centro de Salud u Hospital General.
- Hoja con fecha y Folio
- Nombre correcto y completo del Hospital Receptor "Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca"
- Nombre de la Especialidad
- Nombre y Firma del Médico que la elabora
- Nombre y Firma del Responsable de la Unidad Médica
- Sello Institucional de la unidad que lo envía.
- Sin tachaduras, ni enmendaduras.
- Solo se aceptaran Hojas de Referencia con 15 días de vigencia, a partir de la fecha de emisión.

at



HOJA DE TRIAGE



HORA DE LLEGADA AL HOSPITAL: _____

MEDICO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

HORA DE INICIO DE TRIAGE: _____

TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ SATO2: _____

TRIAGE: _____

J

at

0 A 10 MINUTOS

EMERGENCIA

30 A 60 MINUTOS

URGENCIA CALIFICADA

NO EXITE TIEMPO LÍMITE PARA SU ATENCION

PUEDA SER ATENDIDO EN SU CENTRO DE SALUD

[Handwritten signatures and initials]



CARNET DE CITAS

SALUD



SALUD



DERECHOS DE LOS PACIENTES

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento, válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con las facilidades de obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

LEY GENERAL DE SALUD

CARNET DE CITAS

Subdirección de Atención al Usuario

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
Nombre(s)

Apellido Paterno Apellido Materno

CURP: _____

NO. DE CARNET:

INFORMES CONMUTADOR: 59 72 98 00 Ext. 1121 / 1520



www.hraci.gob.mx

J

at

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

PÓLIZA DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR



PÓLIZA DE AFILIACIÓN



1511957403

Mes de reafiliación VALIDEZ DE LA PÓLIZA 02-Jun-2014 al 01-Jun-2017
Válidez de la póliza MES DE REAFILIACIÓN Junio 2017

Centro de Salud CENTRO DE SALUD CEAPS SAN GASPAR TLALHUELIPAN

Folio FOLIO 1511957403
Fecha de Expedición FECHA DE EXPEDICIÓN 23-Mar-2015

Estado ESTADO MEXICO

Modulo MODULO PROSALUD EDOMEX

Datos del Titular

DATOS DEL TITULAR:		APORTACIÓN FAMILIAR:	
Nombre:		DECIL:	1
CURP:		Régimen:	No Contributiva
Domicilio:			

Beneficiarios

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS				
Folio Integrante	Nombre	Sexo	Fecha Nacimiento	Parentesco
1511957403-1		MUJER	20-05-1962	TITULAR
1511957403-2		HOMBRE	17-Jun-1981	ESPOSA(O)
1511957403-3		HOMBRE	27-Ago-2007	HUJO(A)
1511957403-4		HOMBRE	25-Sep-2010	HUJO(A)

- ESTA PÓLIZA AMPARA LOS SERVICIOS Y MEDICAMENTOS DEL CATALOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL FONDO DE PROTECCION CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS
- LA VALIDEZ DE LA INFORMACION DE LA DECADON ES DE TRES AÑOS FINALIZANDO EL 1 - JUNIO - 2017 POSTERIORMENTE PARA EFECTOS DE REAFILIACION DEBERA APLICARSE OTRA DECADON POR LO QUE DEBERA PRESENTARSE PARA LLEVAR A CABO SU REAFILIACION DEL 02-MAYO AL 31-JUNIO DE 2017 EN EL MÓDULO DE AFILIACION Y ORIENTACION
- DURANTE LA VALIDEZ DE LA INFORMACION DE LA DECADON LAS FAMILIAS DEL REGIMEN NO CONTRIBUTIVO GOZARAN DE LA REAFILIACION ANUAL DE MANERA AUTOMATICA. LAS FAMILIAS DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEBERAN ESTAR AL CORRIENTE EN EL PAGO DE SU CUOTA FAMILIAR PARA MANTENER SUS DERECHOS VIGENTES GOZANDO DE LA REAFILIACION ANUAL SIMPLEMENTADA
- CUALQUIER MODIFICACION A LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA FAVOR DE DIRIGIRSE AL MÓDULO DE AFILIACION Y ORIENTACION UBICADO EN _____

ESTE PROGRAMA ES PÚBLICO, ABIERTO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO QUE SEA PROHIBIDO EL USO PARA FINES DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA.
 Representante de familia de conformidad con el Artículo 77 Bis 4 Fracción I, II o III de la Ley General de Salud

Firma de Conformidad y Aceptación
 Firma del Titular



J

at

[Handwritten signatures]



REFERENCIA

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA REFERENCIA DE COMUNIDAD A UNIDAD MÉDICA DE PRIMER NIVEL

FOLIO

ADULTO PEDIÁTRICO

FECHA DE REFERENCIA	HORA DE REFERENCIA	EDAD		GÉNERO	
		ANOS	MESES	M	F
NOMBRE DEL PACIENTE					URG
DOMICILIO DEL PACIENTE					
MOTIVO DE ENVÍO					
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE					
NOMBRE DE QUIEN REFIERE			MICRO REGIÓN Y O AGEBS		

NOTA: El balanceo de muestra es exclusivo de primer nivel

217659401-007-05



Gobierno del Estado de México Secretaría de Salud Instituto de Salud del Estado de México



FOLIO

ADULTO PEDIÁTRICO

Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel

JURISDICCIÓN	COORDINACIÓN MUNICIPAL	UNIDAD DE SALUD A LA QUE SE REFIERE AL PACIENTE			
MICROREGIÓN Y O AGEBS		NOMBRE DE QUIEN REFIERE			
FECHA DE REFERENCIA	HORA DE LA REFERENCIA	EDAD		SEXO	
		ANOS	MESES	M	F
NOMBRE DEL PACIENTE					URG
DOMICILIO DEL PACIENTE					
MOTIVO DE ENVÍO					

J

at

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



FORMATO DE PREVALIDACIÓN DE SEGURO POPULAR

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA PREVALIDACIÓN DE SEGURO POPULAR			
Datos del Beneficiario del Seguro Popular			
Nombre del (a) paciente		Fecha de ingreso	Fecha de egreso
No. de póliza de afiliación			
Area de Atención			
Urgencias	Hospitalización	Terapia Intensiva	
Consulta de Especialidad	Cirugía	Subsecuente	
Intervención CAUSES			
No. de intervención		Nombre de la intervención	
Motivo por el cual solicitó la atención médica en el Establecimiento de Salud Federal			
Referencia	Urgencia	Co-morbilidad	Subsecuente
Consultas validadas			
Consulta N° 1	Consulta N° 2	Consulta N° 3	Consulta N° 4
<p>NOTA IMPORTANTE: La cobertura por la atención médica otorgada por el Seguro Popular se valida al egreso de paciente con el diagnóstico en la nota de egreso que justifica la atención otorgada, de acuerdo a los criterios del SPSS y al Catálogo de Servicios de Salud CAUSES.</p> <p>En caso de que la intervención no se encuentre en las patologías ofertadas por el establecimiento público de carácter federal, el paciente tendrá que cubrir los costos de atención de acuerdo al nivel socio-económico asignado y a las Políticas Institucionales vigentes.</p>			
Nombre y firma del beneficiario y/o familiar (parentesco):			

J at

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS Y HOJA DE NO COBRO



Comisión Nacional de Protección Social en Salud



Fecha de elaboración

Day, Month, Year input fields

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS Y HOJA DE NO COBRO

No. de expediente/Folio de urgencias, Fecha de ingreso, Fecha de egreso

1. Datos del Establecimiento de Salud

Nombre del Establecimiento de Salud: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA

2. Datos del Beneficiario del Seguro Popular

Nombre del (la) paciente, Sexo, No. de póliza de afiliación, CURP, Estado de Afiliación, Identificación Oficial

3. Área de Atención

Urgencias, Hospitalización, Terapia Intensiva, Consulta de Especialidad, Oruga, Subsecuente, En caso de haber requerido terapia intensiva describa la fecha de atención, Fecha de ingreso, Fecha de egreso

4. Intervención CAUSAS

No. de Intervención, Nombre de la Intervención

5. Motivo por el cual solicitó la atención médica en el Establecimiento de Salud Federal (marque con una X)

Referencia, Urgencia, Controlada, Subsecuente

Table with 4 columns: ¿Realizó el pago por algún servicio?, SI, NO, IMPORTE. Rows: Consultas, Hospitalización, Laboratorio y Radiología, Oruga

Manifiesto haber recibido en el Establecimiento de Salud Federal los servicios de salud descritos

Nombre y firma del beneficiario y/o familiar (parentesco), Sello del Establecimiento de Salud

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados, tratados y almacenados en el Sistema de Información de Protección Social en Salud...

Handwritten signatures and initials



HOJA DE CONTRAREFERENCIA



SECRETARIA DE SALUD HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA



DATOS DEL PACIENTE

Nombre Paciente	No. Expediente	Genero
Servicio	Carra	Habitación
Fecha de Atención	Fecha de Nacimiento	Edad
Diagnóstico:		

HOJA DE REFERENCIA

REFERENCIA

REFERENCIA

RESUMEN DE LOS DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN FÍSICA

ASOTAR RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN FÍSICA, ESTUDIOS AXILARES, TERAPIA PRENATAL Y RESULTADOS OBTENIDOS

1. FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO

2. PRESENCIA DE

3. REQUERIR DE ESTUDIOS AXILARES

4. RIESGO DE SEQUELAS

5. COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA

6. TRATAMIENTO

7. ATENCIÓN DEL PARTO

8. PROTECCIÓN

METODO ANTRÓPICIVO

9. OTROS

ESPECIFICAR

INCAPACIDAD

J
at

[Handwritten signature]



TRANSITORIOS

PRIMERO. La presente Política para la Atención de Pacientes Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, entrará en vigor una vez dictaminada por los miembros de la Comisión de Mejora Regulatoria Interna del Hospital.

SEGUNDO. La Política para la Atención de Pacientes Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, deberá formar parte del Inventario de Normatividad Interna.

at

[Handwritten signatures]