



**CRITERIOS PARA LA COMPENSACIÓN
ECONÓMICA INTERESTATAL DEL SISTEMA
DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
2018**

Contenido

Presentación.....	4
Marco normativo	5
1. Atribuciones de los actores que participan en la Compensación Económica...7	
1.1. Servicios Estatales de Salud.....	7
1.2. Régimen Estatal de Protección Social en Salud	8
1.3. Comisión Nacional de Protección Social en Salud	9
4. Operación del Sistema de Compensación Económica Interestatal	9
a. Captura	9
b. Autorización/ Registro.....	10
c. Validación	10
d. Rechazo	11
Causas de Rechazo	11
e. Subsanción.....	12
f. Revalidación	12
g. Conciliación.....	13
h. Procedimiento de pago	14
• REPSS Acreedor	14
• REPSS Deudor	14
• Incumplimiento de las obligaciones de pago.....	14
1.3.1. Recibos de cobro por servicios de salud prestados	15
5. Soporte documental	15
a) Póliza	15
b) Identificación Oficial.....	15
c) Notas médicas	16
• Nota de urgencia	17
• Nota de consulta familiar o de especialidad.....	17
• Nota de egreso.....	17
• Nota postquirúrgica.....	18
• Nota de atención del recién nacido	18
• Nota de atención postparto.....	18
d) Constancia de Recepción de Servicios	18

6. Alta y Baja de Usuarios	19
7. Disposiciones generales	19
8. Glosario	24
9. Anexos	25

Presentación

El derecho a la salud crea la obligación del Estado de preservar un bien jurídico protegido por la Constitución; para ello, los estados deben generar condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible, no obstante, los problemas de salud suelen afectar en una proporción más alta a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad.

La preservación o restitución del estado de salud, es un derecho de las personas que depende de la intervención oportuna y efectiva de las instituciones de salud, por lo cual, los Servicios de Salud de las entidades federativas deben asumir responsabilidades para procurar que las familias incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud reciban servicios de salud necesarios, así como ofrecerles condiciones de igualdad en el acceso y calidad de los servicios.

La Ley General de Salud en sus artículos 77 bis 5 numerales XVI, XVII y bis 11, define que la compensación económica se realiza entre entidades federativas, instituciones y establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018 promueve políticas públicas en materia de salud, fomentando la corresponsabilidad entre los diversos sistemas de salud que existen tanto a nivel federal como en las entidades federativas para asegurar el acceso a los servicios de salud.

El Sistema de Protección Social en Salud, es un mecanismo por el cual el Estado garantiza a la población no derechohabiente de ningún tipo de seguridad social, el acceso a los servicios de salud, mediante el financiamiento de los servicios estatales de salud; sin embargo, resulta necesario que los beneficiarios reciban los servicios de salud en cualquier entidad federativa distinta a la de su afiliación por razones de cercanía a su domicilio, referencia o tránsito.

El objetivo del presente es definir los criterios para la Compensación Económica Interestatal, derivado de la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, eliminando las barreras geográficas y administrativas a fin de que puedan recibir servicios de salud en cualquier parte del territorio nacional.

Marco normativo

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4º, párrafo cuatro, el derecho de toda persona a la protección de la salud, disponiendo que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Con base en lo anterior, el 15 de mayo de 2003 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, mediante el cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud, en adelante “El Sistema”, como un mecanismo de protección financiera por el cual el Estado garantiza 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.

El artículo 77 Bis 5, apartado A), fracciones XII y XVI, de la Ley General de Salud, establecen que corresponde al Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud, 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, así como definir las bases para la Compensación Económica Interestatal entre las 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 los casos en que proceda una Compensación Económica Interestatal por incumplimiento a las obligaciones de pago entre entidades federativas, la Secretaría de Salud podrá 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 deban transferirse directamente a las entidades federativas, o entregarse a la entidad federativa cuyo Régimen Estatal de Protección Social en Salud sea considerado deudor.

En congruencia con lo anterior, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, en sus artículos 13, 14, 22, 118 y 119, disponen que para garantizar las acciones de protección social en salud, los “REPSS” financiarán la prestación de los servicios de salud a la persona, otorgados por los servicios estatales de salud de la propia entidad federativa, de otras entidades federativas, otras instituciones o establecimientos del Sistema Nacional de Salud incorporados a “El Sistema”; para tal efecto, la Secretaría establecerá los

modelos de acuerdos y convenios que sean necesarios para la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema, en términos del artículo 77 Bis 5, inciso A), fracción XII de la Ley, considerándose la Compensación Económica Interestatal como mecanismo de pago entre las entidades federativas por la prestación de servicios de salud brindados a los beneficiarios del Sistema fuera del área de circunscripción territorial en la que están afiliados dichos beneficiarios. Dicha Compensación Económica Interestatal se llevará a cabo conforme a lo establecido en los acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema, los lineamientos que para el efecto emita la Comisión y los convenios de colaboración para la prestación de servicios de salud que suscriban las entidades federativas.

1. Atribuciones de los actores que participan en la Compensación Económica.

1.1. Servicios Estatales de Salud

Para que una unidad médica se incorpore al registro de la Compensación Económica Interestatal, deberá contar con dictamen de acreditación en CAUSES vigente, deberán formar parte de la red de prestadores de Sistema de Protección Social en Salud y estar considerados dentro del convenio o acuerdo de gestión para la prestación de servicios entre el REPSS y los SESA.

A través de las Unidades Médicas, los servicios estatales de salud prestarán atención a los beneficiarios del Sistema de Protección , en los siguientes casos:

1. Cuando el beneficiario acuda a un establecimiento de salud fuera de su entidad de afiliación a recibir atención médica.
2. Urgencia médica.
3. Cuando sea referido, a través del procedimiento de referencia y contrarreferencia, de una unidad médica acreditada e incorporada a la Red de Prestadores de Servicios.

Las atenciones se realizarán de manera integral de conformidad con las intervenciones del CAUSES vigente, acorde a los estándares nacionales, protocolos médicos-técnicos, Normas Oficiales Mexicanas y las guías de práctica clínica emitidas por la Secretaría de Salud, ofreciendo un trato digno y no discriminatorio a los pacientes.

Concluida la atención médica, el establecimiento de salud integrará el expediente de “Compensación Económica”, que contendrá la siguiente documentación y estará disponible en la unidad para fines de auditoría:

- I. Copia de la póliza de afiliación vigente al Sistema de Protección Social en Salud.
- II. Copia de identificación oficial vigente del afiliado que recibe la atención o de la persona que firma la constancia de recepción de servicios de salud.
- III. Nota(s) médica(s) que justifique(n) el servicio.
- IV. Constancia de recepción de servicios y hoja de no cobro.²

² Menú Ayuda Descargas.

V. Hoja de referencia y/o su contrarreferencia (si fuera el caso).

Los establecimientos estatales de salud deberán utilizar el Sistema Electrónico de Compensación Económica Interestatal (SCEI) para la captura de los servicios prestados y el soporte documental de estos; de no utilizarlo, no podrán gestionar el cobro ante el Régimen de Protección Social en Salud (REPSS) Deudor.

El pago de los servicios médicos prestados será por la atención integral y concluida en apego a la cartera CAUSES vigente, de acuerdo con las características de cobertura de las intervenciones y los tabuladores de Compensación Económica Interestatal establecidos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Para el desarrollo del proceso de atención, registro, validación, subsanación y revalidación el establecimiento de salud y la jurisdicción sanitaria designarán un representante médico-administrativo que será el enlace entre el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), el beneficiario y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

El establecimiento de salud resguardará la documentación, la cual deberá estar disponible para fines de supervisión y/o fiscalización y éste deberá ser coincidente con lo reportado en el Sistema de Compensación Económica Interestatal, para los fines que corresponda.

1.2. Régimen Estatal de Protección Social en Salud

- ✘ Solicitará vía oficio dirigido a la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, el alta de usuarios al Sistema de Compensación Económica Interestatal y deberá anexar el formato de alta, debidamente requisitado.³ Para el caso de baja de usuarios deberá enviar vía correo electrónico el formato debidamente requisitado.
- ✘ Deberá autorizar los casos reportados por las unidades médicas y las jurisdicciones sanitarias de su estado durante el periodo “captura / autorización”.
- ✘ Validará o rechazará los casos reportados por el REPSS Acreedor durante el periodo de validación y re validación.

³ Menú Ayuda Descargas

- ✘ El REPSS Acreedor enviará un oficio a la CNPSS, de acuerdo a calendario vigente, exponiendo los casos que se encuentren en desacuerdo con su rechazo y que solicitará sean considerados para la conciliación.
- ✘ Realizará los trámites correspondientes para el cobro y pago entre las entidades federativas.
- ✘ Realizará capacitaciones a las unidades médicas de su red.

1.3. **Comisión Nacional de Protección Social en Salud**

- ✘ Realizará el calendario para el proceso de Compensación Económica Interestatal.
- ✘ Revisará los casos enviados a conciliación y su apego a los criterios establecidos para su procedencia.
- ✘ Realizará supervisiones a los REPSS (deudor, acreedor) y/o las unidades médicas.
- ✘ Realizará capacitaciones a los REPSS (deudor, acreedor).
- ✘ Publicará los tabuladores que serán utilizados para el Sistema de Compensación Económica Interestatal (SCEI).

4. **Operación del Sistema de Compensación Económica Interestatal**

La operación del sistema se llevará a cabo conforme al calendario que para tal efecto establezca la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, al cual deberán de apegarse los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) tanto deudores como acreedores.

Para los casos fortuitos o de fuerza mayor, en los cuales no pueda realizarse los procedimientos arriba mencionados, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud determinará lo conducente.

Para la cancelación de algún registro deberán de enviar la solicitud por oficio a la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud justificando el motivo de la cancelación del caso.

a. **Captura**

Es el proceso en el que unidad médica de primer nivel, segundo nivel, Jurisdicción Sanitaria o el REPSS (Acreedor), registran los casos en el Sistema de Compensación Económica Interestatal (SCEI) para su revisión y autorización.

La captura de los casos se realizará de acuerdo al calendario vigente y deberá realizarse hasta que la atención esté concluida y de acuerdo a las características de cobertura de cada intervención.

Para el primer y segundo nivel de atención la captura deberá realizarla la unidad médica, la jurisdicción sanitaria o el REPSS Acreedor correspondiente, siendo responsabilidad de este último el coordinar a las unidades médicas que le correspondan en la adecuada integración de la documentación de los casos interestatales. El establecimiento de salud será el responsable de resguardar el expediente de compensación económica interestatal.

Cuando la póliza se encuentre en el sistema electrónico de forma automática y con estatus “vigente”, debe de considerarse como válida, por lo que no se requiere “subir” al sistema o ser condicionante para su validación.

Si el paciente cuenta con póliza vigente al momento de su atención y a la hora del registro no está vigente, se deberá registrar como “captura manual” y no será condicionante de rechazo, siempre y cuando la póliza adjunta al sistema demuestre que al momento de la atención se encontraba en vigencia.

b. Autorización/ Registro

La **autorización/registro** la realizará el REPSS Acreedor posterior a la captura, verificando que la información capturada en el Sistema electrónico de Compensación Económica Interestatal este correctamente requisitada y apegada a los criterios vigentes.

c. Validación

Proceso que lleva a cabo el REPSS Deudor tras el registro de casos del REPSS Acreedor, conforme a lo establecido en el calendario, en el cual deberá revisar a detalle la información capturada por las unidades médicas de la entidad acreedora y en apego a los criterios señalados para su validación.

El REPSS Deudor validará el caso a través del Sistema electrónico de Compensación Económica, siempre y cuando cumpla con los criterios establecidos.

Cuando el REPSS no valide o rechace los casos conforme al calendario establecido, estos serán revisados para su validación o rechazo por la CNPSS, en caso de reincidir serán automáticamente validados por el sistema cuando concluya el periodo de validación.

d. Rechazo

Proceso en el cual el REPSS deudor revisa los casos registrados en el sistema de Compensación Económica Interestatal y los regresa al REPSS acreedor para su corrección.

El REPSS deudor, deberá señalar el motivo de rechazo detalladamente, el cual deberá de ser subsanado de acuerdo al periodo establecido en el calendario vigente.

Si los casos fueron rechazados en dos ocasiones, el REPSS acreedor, podrá solicitar por oficio a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a través de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (DGGSS), su intervención para que se realice el proceso de conciliación y se determine su validación o rechazo, siempre y cuando este dentro de las fechas establecidas para tal fin.

Causas de Rechazo

El REPSS deudor sólo podrá rechazar los casos cuando:

- a) La unidad médica 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 de recepción de servicios.
- c) La hoja de no cobro no esté firmada por el beneficiario o la persona que presenta la identificación oficial.
- d) La intervención que se pretende cobrar, no se prestó o no esté debidamente sustentada.
- e) La intervención que se prestó no esté incluida en el CAUSES vigente.
- f) Los procedimientos quirúrgicos no estén incluidos en las CIE 9 de la intervención que marca el CAUSES vigente.
- g) Las notas médicas no tengan lo mínimo indispensable para el proceso de compensación económica, en apego de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico mencionados en estos criterios.
- 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.⁴
- 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.
- 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.
- q) Cuando un menor de edad firme la constancia de recepción de servicios por la atención recibida.
- r) Cuando un menor de edad firme la constancia de recepción de servicios por la atención recibida.

e. Subsanación

Proceso en el cual las Unidades Médicas, Jurisdicciones Sanitarias o Regímenes Estatales de Protección Social en Salud corrigen los casos observados por el REPSS Deudor, para lo cual editarán los datos señalados o la documentación solicitada, **guardando cambios** para su revalidación. En caso de no subsanarlo, no se podrá hacer en otro periodo y el caso quedará en rechazo permanente.

f. Revalidación

Proceso de revisión por los REPSS Deudores, posterior a la subsanación hecha por las unidades médicas, Jurisdicciones Sanitarias o REPSS Acreedor, revalidará los casos subsanados en el Sistema de Compensación Económica Interestatal, de acuerdo al calendario vigente.

- ✘ Cuando el REPSS no revalide o rechace los casos conforme al calendario establecido, estos serán revisados para su validación o rechazo por la CNPSS, en caso de reincidir

⁴ No será motivo de rechazo que la nota de tocirugía en la atención del parto y recién nacido sano, el médico tratante sea un médico general.

serán automáticamente validados por el sistema cuando concluya el periodo de revalidación.

- ✘ Se podrá rechazar el caso por segunda ocasión cuando se derive del primer motivo.
- ✘ No se podrá hacer un segundo rechazo por otra causa diferente al primer motivo.

g. Conciliación

Es el proceso de la Compensación Económica Interestatal en el que interviene la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el REPSS Deudor y el REPSS Acreedor, para la resolución de casos rechazados por segunda ocasión.

1. Los casos que se sometan a conciliación deben de tener 2 rechazos en el Sistema Electrónico por parte del REPSS Deudor, en el entendido que aquellos casos que no fueron subsanados, no serán considerados.
2. El REPSS Acreedor enviará un oficio a la CNPSS, de acuerdo a calendario vigente, exponiendo los casos que se encuentren en desacuerdo con su rechazo y que solicitará sean considerados para la conciliación.
3. En caso de proceder la validación, el estatus en el sistema electrónico será modificado por la CNPSS y se realizará la validación al momento de la conciliación por parte del REPSS deudor, o en su caso por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, si es que fungiera como representante (bajo previa solicitud).
4. Para todos los casos sometidos a conciliación se tomarán en cuenta sólo aquellos documentos registrados en el Sistema Electrónico de Compensación Económica Interestatal, por lo que **no se podrán presentar expedientes clínicos o algún otro documento distinto a los que ya se encuentran en el Sistema** (no se sustituirá ningún documento), así como solicitar documentación adicional con la condicionante de su validación.
5. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud resolverá los casos no previstos, así como los supuestos en que exista duda sobre el rechazo de casos, de conformidad con el numeral cuarto de los Lineamientos.
6. El REPSS acreedor, podrá solicitar vía oficio a la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, su representación para la conciliación, siempre y cuando el costo de traslado sea mayor a los casos a conciliar, de no solicitarlo los casos cambiarán a estatus de rechazado permanente.

7. En caso de que el REPSS Deudor no se presente, será representado automáticamente por la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.
8. Se establecerá una minuta de conciliación, la cual será el soporte para la modificación del estatus en el Sistema de Compensación Económica Interestatal.
9. Será responsabilidad del REPSS acreedor verificar la validación de los casos durante la conciliación, caso contrario, quedará rechazado.

h. Procedimiento de pago

Proceso en el cual las entidades federativas (REPSS Deudor y REPSS Acreedor) realizan el cobro y el pago entre sí.

✘ REPSS Acreedor

Posterior a la validación de los casos y a la generación de documentación en el sistema electrónico (recibo de cobro, carta instrucción y listado nominal) deberá iniciar las gestiones administrativas correspondientes para el cobro de los casos, en coordinación con el REPSS Deudor.

Una vez notificado del pago a través del sistema electrónico (mail) deberá confirmar en este, que el pago fue realizado de forma correcta, posterior a ello, deberá subir la factura electrónica en archivos XML y PDF al Sistema de Compensación Económica Interestatal.

✘ REPSS Deudor

Una vez realizado el pago, deberá subir al Sistema de Compensación Económica Interestatal por parte de su área financiera, el comprobante de pago, para que el REPSS acreedor, sea notificado vía electrónica; de lo contrario no se considerará formalizado el pago.

✘ Incumplimiento de las obligaciones de pago

Para iniciar las gestiones de pago por incumplimiento del REPSS deudor, el proceso estará apegado única y exclusivamente a lo referido en el convenio de colaboración en materia de prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, en su cláusula sexta, procedimiento de pago Compensación Económica numeral 3, 4, 5 y 6.

1.3.1. Recibos de cobro por servicios de salud prestados

Posterior al proceso de Conciliación, el sistema electrónico genera los recibos de cobro, listados nominales, cartas de instrucción del periodo correspondiente, y notificará vía email al REPSS deudor que ya están generada dicha documentación y el REPSS acreedor pueda iniciar su proceso de cobro.

Será responsabilidad del REPSS el cobro, pago y seguimiento a la facturación, según corresponda.

5. Soporte documental

A continuación se definen las características de cada uno de los documentos que integran el expediente tanto físico como en el sistema de compensación económica interestatal:

a) Póliza⁶

Documento que hace constar que un paciente está afiliado al seguro popular, este documento debe estar vigente al momento de la recepción de servicios.

- ✘ Cuando se encuentre en el sistema electrónico de forma automática y con estatus “vigente”, debe de considerarse como válida, por lo que no se requiere “subir” al sistema o ser condicionante para su validación.
- ✘ Si el paciente cuenta con póliza vigente al momento de su atención y a la hora del registro ya no está vigente, se deberá hacer una captura manual y no será condicionante de rechazo.
- ✘ Cuando por alguna razón no se encuentre en el sistema electrónico el número de póliza, se deberá de registra manualmente y “subir” la póliza escaneada para su revisión.

b) Identificación Oficial

Para el Sistema de Compensación Económica y para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), las unidades médicas deberán considerar como identificación oficial⁷, a:

⁶ La póliza deberá estar vigente al momento de realizar la atención médica.

⁷ Toda la documentación que se considera oficial deberá pertenecer a la República Mexicana

- ✘ Credencial para votar (vigente).
- ✘ Cédula profesional.
- ✘ Pasaporte (vigente).
- ✘ Cartilla del Servicio Militar Nacional con antigüedad no mayor a diez años
- ✘ Licencia de manejo
- ✘ Carta de autoridad local
- ✘ Credencial del INAPAM.
- ✘ En el caso de menores de edad emancipados o embarazadas, podrán presentar el último certificado de estudios

c) Notas médicas

Que justifiquen las atenciones otorgadas en las unidades médicas, estas deberán ser legibles, sin tachaduras, enmendaduras, apegadas a la NOM-004-SSA3-2012 y contener como mínimo:

- ✘ Hoja membretada de la unidad médica o en su defecto que el encabezado de la nota contenga: nombre del de la unidad, logotipo y/o sello institucional.
- ✘ Nombre completo del afiliado atendido.⁹
- ✘ Fecha de atención en el servicio (fecha de ingreso y egreso en hospitalización de así ser el caso).
- ✘ Número de expediente.
- ✘ Sexo.
- ✘ Edad.
- ✘ Diagnóstico (s).
- ✘ Nombre completo, firma autógrafa y cédula del médico tratante¹⁰, para el caso de los médicos residentes y pasantes, únicamente será objeto de revisión el nombre completo, firma autógrafa y cédula del médico responsable del servicio.¹¹

Las notas médicas en las que por su extensión ocupan más de una cuartilla (ya sea reverso o no) deberá contar con el nombre de la unidad, nombre completo del afiliado atendido y el sello o logotipo de la institución.

⁹ Véase especificaciones en disposiciones generales

¹⁰ No será motivo de rechazo los 0's a la izquierda de las cédulas profesionales.

¹¹ No serán válidas las firmas por ausencia.

✿ Nota de urgencia

Además de contar con lo mínimo de la Nota Médica deberá definir:

- ✿ Interrogatorio.
- ✿ Exploración física.
- ✿ Signos Vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial¹⁵ y temperatura).
- ✿ Diagnóstico.
- ✿ Tratamiento; para el caso de medicamentos señalando como mínimo; el nombre del medicamento, la dosis y la periodicidad.
- ✿ Destino del paciente.

Las hojas de Triage no se considerarán como notas de urgencias.

✿ Nota de consulta familiar o de especialidad

Además de contar con lo mínimo de la Nota Médica deberá definir:

- ✿ Interrogatorio.
- ✿ Exploración física.
- ✿ Diagnóstico
- ✿ Tratamiento; para el caso de medicamentos señalando como mínimo; el nombre del medicamento, la dosis y la periodicidad.

Las notas de consulta de especialidad serán válidas con una exploración física dirigida.

✿ Nota de egreso

Además de contar con lo mínimo de la Nota Médica deberá definir:

- ✿ Fecha de ingreso y egreso.
- ✿ Diagnóstico de ingreso y egreso.
- ✿ Resumen de la evolución y manejo durante la estancia hospitalaria.
- ✿ Tratamiento; para el caso de medicamentos señalando como mínimo; el nombre del medicamento, la dosis y la periodicidad.

¹⁵ No será obligatorio para pacientes pediátricos.

En caso de Terapia Intensiva, deberá contar con fecha de ingreso y egreso del servicio, es posible que cuando no se señalen en nota de egreso estos requerimientos, se agregue la nota de ingreso y egreso de este servicio.

✂ Nota postquirúrgica

Además de contar con lo mínimo de la Nota Médica deberá definir:

- ✂ Diagnóstico preoperatorio y postoperatorio
- ✂ Operación planeada y realizada.
- ✂ Descripción de la técnica quirúrgica.

✂ Nota de atención del recién nacido

Además de contar con lo mínimo de la Nota Médica deberá definir:

- ✂ Fecha y hora de nacimiento.
- ✂ Escalas de Valoración: Silverman Anderson y Apgar.
- ✂ Sexo, Peso y Talla.
- ✂ Exploración física donde describa las maniobras de reanimación otorgadas, así como si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones.
- ✂ Destino del paciente.

✂ Nota de atención postparto

Además de contar con lo mínimo de la Nota Médica deberá definir:

- ✂ Fecha y hora de atención.
- ✂ Descripción de la técnica.
- ✂ Datos del producto. (sexo, peso, talla, Apgar, Silverman/Anderson)

No serán válidos los partogramas para el cobro de una atención en tococirugía.

d) Constancia de Recepción de Servicios

La constancia de recepción de servicios (hoja de no cobro) deberá estar requisitada conforme al instructivo de llenado descrito en el Anexo I.

Podrá ser firmada por el beneficiario o en su caso el cónyuge o familiar hasta cuarto grado de consanguinidad, en estos casos la identificación que se deberá “subir” al Sistema de Compensación Económica Interestatal (SCEI) será la de quien firme la constancia. Para el caso de menores de edad emancipadas y embarazadas, podrá presentar copia de identificación oficial (mexicana) vigente del padre, familiar o tutor.¹⁶

6. Alta y Baja de Usuarios

Los establecimientos de salud de primer nivel, segundo nivel y jurisdicciones sanitarias, deberán solicitar, a través del REPSS, las claves de sus usuarios y contraseñas, las cuales deberán ser intransferibles.

El alta para cada uno de los de usuarios deberá de realizarse a través de oficio, firmado por el titular del REPSS, el cual deberá contener **correctamente requisitado** el formato de “Alta y Baja de Usuarios” (Anexo III)

En el caso de que en el oficio de solicitud no se anexe el formato correspondiente, el formato contenga errores, este incompleto o sea ilegible, no se dará de alta al usuario.

Será responsabilidad del usuario, cambiar su contraseña por una personalizada, una vez recibida esta, desde el menú, Ayuda / cambio de contraseña.

La Baja de usuarios podrá realizarse a través de oficio o correo electrónico y no será necesario el formato de “Alta y Baja”.

7. Disposiciones generales

- 1) Todo cambio de autoridades, así como del personal que intervenga en el proceso de Compensación Económica, deberá ser notificado vía oficio de manera inmediata a la Comisión Nacional de Protección social en Salud para realizar los cambios pertinentes en la plataforma.

¹⁶ Trabajo Social, solo podrá firmar la hoja de no cobro en casos excepcionales, de no estar plenamente justificado, podría ser causa de Rechazo, se determinará en Conciliación.

- 2) Si se requiere copia de algún documento, deberá especificar el Número de ID y periodo que hay que generar, vía correo electrónico.
- 3) Cuando la póliza tenga errores desde su emisión (faltas de ortografía o errores en el registro), no se considerará como motivo de rechazo, siendo responsable del registro correcto en el Sistema de Administración del Padrón del REPSS que corresponda.
- 4) En las capturas manuales, la información registrada deberá coincidir en su totalidad con los datos de la póliza adjunta, no siendo un motivo de rechazo guiones, espacios, mayúsculas por minúsculas o viceversa.
- 5) En las capturas automáticas (cuando se obtengan los datos directamente del SAP) los errores de la póliza desde su emisión (faltas de ortografía, sexo incorrecto, entre otros), no se considerarán como motivo de rechazo, siendo responsable del registro correcto el Sistema de Administración del Padrón del REPSS. Respecto a la documentación soporte deberán apearse a la identificación oficial del paciente, sin embargo, no será motivo de rechazo si el nombre es igual al de la póliza en todos los documentos.
- 6) Cuando exista alguna complicación en el o los tratamientos(s) 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, descartando el cobro al paciente, independientemente de que la patología se encuentre o no en el CAUSES vigente.
- 7) Los pacientes que hayan requerido terapia intensiva, la nota de egreso, deberá contener su manejo en dicho servicio y las fechas de ingreso y egreso del mismo.
- 8) En las consultas de psiquiatría podrá omitirse la exploración física del paciente, siempre y cuando la atención médica esté enfocada a la atención mental del mismo, por lo que, de carecer de la exploración física, no será un motivo de rechazo, siempre y cuando esté apegado a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-2012 del expediente clínico.
- 9) Para la validación de los casos de las atenciones proporcionadas a los menores de edad, deberá de considerarse lo estipulado en el Manual de Afiliación y Operación vigente: “(...) *1.3.4. Afiliación de recién nacidos sin acta de nacimiento (SMSXXI.) En el caso de los recién nacidos que no cuenten con acta de nacimiento al momento de su afiliación, podrá llevarse a cabo su afiliación de manera temporal, registrando en el SAP, además del primer y segundo apellidos, el nombre que pretenda otorgarse al menor. Por lo que una vez que se haya llevado a cabo la inscripción correspondiente ante el Registro Civil, se deberá comprobar que el documento presentado por la familia, contenga el mismo nombre que el declarado inicialmente, de no ser así, se deberá realizar la incidencia correspondiente en el SAP*” por

lo que si se presenta un caso similar debe ser validado. En cuanto al registro en plataforma deberá ser como aparece en la póliza, las notas médicas deberán de ser de acuerdo al formato CUN “RN apellidos materno” por lo que ante la no coincidencia de nombres en registro y documentos la atención no deberá ser rechazada.

- 10) 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.
- 11) Todo paciente tendrá derecho a los servicios incluidos por el Sistema de Protección Social en Salud, desde el momento de su afiliación y hasta el término de su vigencia. Se podrá registrar casos en el SCEI a partir de la vigencia que marca la póliza de afiliación, en este sentido, el formato de no cobro deberá llevar las fechas a partir de la afiliación a la póliza, sin embargo las notas médicas deberán contar con fecha desde el ingreso a la unidad médica.
- 12) No podrán rechazarse los casos a juicio y criterio médico del validador, siendo responsabilidad del establecimiento de salud la validación del tratamiento utilizado y plasmado en las notas médicas.
- 13) *La póliza de afiliación deberá estar firmada por quien solicita ser el titular del núcleo familiar; sin embargo, en los casos de urgencia o fuerza mayor, tratándose únicamente de afiliaciones o re afiliaciones que se realicen fuera de los Módulos de Afiliación y Orientación, en donde el titular no pueda recibir y firmar la póliza, en virtud de que se encuentre hospitalizado o esté fuera de su localidad, la misma podrá ser recibida y firmada de acuerdo al siguiente orden:*
 - I. *Por cualquiera de las personas referidas en las fracciones I a III del artículo 77 Bis 4 de la Ley (cónyuge, concubina (rio), padre o madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato).*
 - II. *Por alguno de los beneficiarios que aparezca en la póliza de afiliación, siempre y cuando sea mayor de edad.*
 - III. *Por los abuelos paternos, o en su defecto por los abuelos maternos de los menores de edad, cuando en el núcleo familiar el resto de los integrantes sean menores de edad. De no ser posible, cualquier persona mayor de 18 años que tenga parentesco por consanguinidad afinidad con el titular.*
 - IV. *Por cualquier persona mayor de 18 años que tenga parentesco por consanguinidad o afinidad con el titular, cuando se trate de una familia unipersonal.*

- 14) Cuando un paciente sea candidato al ingreso de terapia intensiva, el establecimiento de salud considerará que si el paciente requiere más días de los convenidos (7 días) en dicho servicio, éste asumirá el gasto de los mismos, garantizando el no cobro al beneficiario, en caso que el paciente requiera hospitalización o terapia intensiva en más de una de las intervenciones por las que se atendido, sólo se podrá realizar un registro.
- 15) Los alojamientos conjuntos podrán cobrarse conforme al sustento de las notas de egreso hospitalario. No serán motivo de rechazo la hospitalización del recién nacido en alojamiento conjunto.
- 16) El número de expediente de los afiliados atendidos deberán de ser únicos para cada paciente, aplicable también en los recién nacidos en donde el número de expediente no podrá ser igual al de la madre.
- 17) En la intervención que incluye únicamente un procedimiento (CIE 9 ej. LAPE, Histerectomía, cirugía radical de cuello, colocación de catéter, etc.) pero no cuenta con una CIE 10, será factible su recuperación aun cuando no esté dentro de cobertura la patología para la que se realice.
- 18) Cuando este dentro de cobertura la patología para la que se realice alguna intervención que incluya un procedimiento (CIE 9 ej. LAPE, Histerectomía, cirugía radical de cuello, colocación de catéter, etc.) deberá estar justificado el uso de estas intervenciones, de lo contrario la intervención que incluye solamente el procedimiento quirúrgico no podrá ser cobrado.
- 19) Los periodos de atención se determinarán conforme a la fecha de egreso.
- 20) Las intervenciones no podrán registrarse en el sistema electrónico en servicios diferente al establecido en los tabuladores vigentes.
- 21) Se podrán realizar hasta tres intervenciones quirúrgicas por folio, siempre y cuando estén sustentadas.
- 22) La nota de egreso debe contener tratamiento y no será motivo de rechazo si la patología no lo requiere.
- 23) Para el cobro de neumonías nosocomiales se deberán anexar los resultados del cultivo. Serán válidos los casos en que la neumonía se vea favorecida por una condicionante del paciente. No serán susceptibles de cobro aquellas neumonías nosocomiales que se asocien a días de estancia hospitalaria prolongada injustificada.
- 24) En caso de rechazo, será responsabilidad del médico validador seleccionar la (s) casilla (s) donde se realizará la corrección, caso contrario será responsabilidad de éste el que no sea

- subsano y no será motivo de rechazo. En caso de omisión, el REPSS Deudor, deberá solicitar vía mail, su activación a la CNPSS.
- 25) Las notas a las cuales hacen referencia los criterios, deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras y conservarse en buen estado.
 - 26) Al registrar casos, donde se suban hojas en blanco o documentos que no tengan relación con Compensación Económica, el caso será rechazado automáticamente, esto, siempre y cuando sea reincidente.
 - 27) Podrá ser factible el cobro de hospitalización, aun cuando el paciente egrese el mismo día, siempre y cuando esté debidamente sustentada la hospitalización.
 - 28) En caso de rechazo por causas imputables a la nota médica la unidad de salud, jurisdicción o REPSS acreedor, podrá realizar un addendum a la nota médica siempre y cuando existan errores u omisiones con relación a los datos de la ficha de identificación del paciente, fechas de atención (ingreso, egreso), días de estancia hospitalaria, cirugía programada o realizada, pre o postoperatoria. Es responsabilidad del prestador de servicios la correcta elaboración de la nota médica en apego a la NOM-004-SSA3-2012- Del expediente clínico; por lo que no se permitirá el uso de addendum para la complementación de notas médicas. Para su validación el addendum en mención deberá ser firmado por el médico tratante.
 - 29) Para los casos en que el beneficiario reciba atención por alguna de las características de cobertura de la intervención y presente 2 o más intervenciones que estén dentro la cobertura de los protocolos médico-técnicos de intervenciones del CAUSES, el establecimiento de salud podrá registrar hasta 3 eventos para gestionar el cobro correspondiente en el Sistema Electrónico de Compensación Económica para Hospitales Federales.

8. Glosario

- ✦ **Beneficiario:** Persona inscrita en el padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que cuenta con póliza de afiliación vigente.
- ✦ **Caso:** Atención médica brindada al beneficiario del Sistema de Protección Social en Salud en un establecimiento público de salud estatal.
- ✦ **CAUSES:** Catálogo Universal de Servicios de Salud.
- ✦ **Convenio de colaboración:** Acuerdo de voluntades que suscriban las entidades federativas para garantizar la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud en cualquier parte del territorio nacional, así como la compensación económica.
- ✦ **CNPSS:** Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- ✦ **Establecimientos de salud:** Establecimientos públicos de salud estatal, perteneciente a los Servicios de Salud de cada entidad federativa, incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, de conformidad con lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables.
- ✦ **Folio ID:** Nomenclatura que se utiliza para identificar un recibo de cobro.
- ✦ **Ley:** Ley General de Salud.
- ✦ **Lineamientos:** Lineamientos para la Compensación Económica Interestatal del Sistema de Protección Social en Salud.
- ✦ **Póliza de afiliación:** Documento emitido por el Sistema de Administración del Padrón que sirve como comprobante de incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.
- ✦ **REPSS Acreedor:** Régimen Estatal de Protección Social en Salud de la entidad federativa que brindó los servicios de salud al beneficiario de una entidad federativa distinta a la de su afiliación.
- ✦ **REPSS Deudor:** Régimen Estatal de Protección Social en Salud de la entidad federativa en la que se encuentra afiliado el beneficiario al que se le brindaron los servicios de salud.
- ✦ **Reglamento:** Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.
- ✦ **SPSS:** Sistema de Protección Social en Salud.

Anexo II

Instructivo de llenado Anexo

	<p>COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD ANEXO II Consideraciones generales para el llenado de la Constancia de Recepción de Servicios y Hoja De No Cobro</p>							
		Fecha de elaboración: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Día</td> <td style="font-size: 8px;">Mes</td> <td style="font-size: 8px;">Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año
Día	Mes	Año						

Nota: Este formato deberá ser requisitado por personal de la Unidad Médica que prestó la atención, el beneficiario interestatal o en caso de algún impedimento por un familiar, toda vez que haya concluido el proceso de atención médica interestatal.

Instrucciones: Por favor indique los servicios de salud recibidos por parte de la Entidad de Atención.

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS Y HOJA DE NO COBRO																											
Indicar el número de expediente clínico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. Indicar la fecha de atención del paciente de ingreso y egreso en el siguiente formato (dd/mm/aaaa).																											
1. Datos de entidad de atención																											
Indicar los datos generales de la entidad de atención como lo es: entidad federativa y nombre de la unidad médica. No omitir ningún dato e indicar los datos completos.																											
2. Datos del Beneficiario del Seguro Popular																											
Indicar los datos del paciente interestatal, nombre, edad, sexo, no. de póliza de afiliación, entidad de afiliación y CURP No omitir ningún dato e indicar los datos completos.																											
3. Área de atención																											
Marcar con una "X" el área de atención, Consulta de medicina general / familiar, Consulta de especialidad, Urgencia, Cirugía, Hospitalización y Terapia Intensiva puede marcar varias opciones, de acuerdo a la atención brindada al paciente interestatal.																											
En caso de haber requerido el servicio de Terapia Intensiva indique la fecha de ingreso y egreso en el siguiente formato (dd/mm/aaaa).																											
4. Intervención CAUSES																											
No. Intervención	Nombre de la Intervención																										
El número de las intervenciones médicas del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Se puede requisitar varias intervenciones médicas según el diagnóstico del paciente interestatal.																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th colspan="3" style="text-align: center; font-size: 8px;">Marque con una X</th> </tr> <tr> <th style="font-size: 8px;">3. ¿Realizó pago por algún servicio?</th> <th style="width: 10%; font-size: 8px;">SI</th> <th style="width: 10%; font-size: 8px;">NO</th> <th style="width: 10%; font-size: 8px;">IMPORTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> Indicar con una "X" si fue realizado el pago por alguno de los servicios recibidos y el importe como son consultas, urgencias, hospitalización, medicamentos o laboratorios. En caso de no haber recibido alguno de los servicios dejar el campo vacío. </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Marque con una X			3. ¿Realizó pago por algún servicio?	SI	NO	IMPORTE	Indicar con una "X" si fue realizado el pago por alguno de los servicios recibidos y el importe como son consultas, urgencias, hospitalización, medicamentos o laboratorios. En caso de no haber recibido alguno de los servicios dejar el campo vacío.				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th colspan="3" style="text-align: center; font-size: 8px;">Marque con una X</th> </tr> <tr> <th style="font-size: 8px;">5. ¿Realizó pago por algún servicio?</th> <th style="width: 10%; font-size: 8px;">SI</th> <th style="width: 10%; font-size: 8px;">NO</th> <th style="width: 10%; font-size: 8px;">IMPORTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> Indicar con una "X" si fue realizado el pago por alguno de los servicios recibidos y el importe como son consultas, urgencias, hospitalización, medicamentos o laboratorios. En caso de no haber recibido alguno de los servicios dejar el campo vacío. </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Marque con una X			5. ¿Realizó pago por algún servicio?	SI	NO	IMPORTE	Indicar con una "X" si fue realizado el pago por alguno de los servicios recibidos y el importe como son consultas, urgencias, hospitalización, medicamentos o laboratorios. En caso de no haber recibido alguno de los servicios dejar el campo vacío.			
	Marque con una X																										
3. ¿Realizó pago por algún servicio?	SI	NO	IMPORTE																								
Indicar con una "X" si fue realizado el pago por alguno de los servicios recibidos y el importe como son consultas, urgencias, hospitalización, medicamentos o laboratorios. En caso de no haber recibido alguno de los servicios dejar el campo vacío.																											
	Marque con una X																										
5. ¿Realizó pago por algún servicio?	SI	NO	IMPORTE																								
Indicar con una "X" si fue realizado el pago por alguno de los servicios recibidos y el importe como son consultas, urgencias, hospitalización, medicamentos o laboratorios. En caso de no haber recibido alguno de los servicios dejar el campo vacío.																											

Nombre y firma del Beneficiario/Familiar o Tutor
(parentesco)

Sello del Establecimiento de Salud

Colocar el nombre y la firma del beneficiario o en su caso, por el cónyuge, padre, tutor o familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad

Sello del Establecimiento de Salud donde se brindó la atención

