

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el Ejercicio Fiscal 2009.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

JOSE ANGEL CORDOVA VILLALOBOS, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 77 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 3 fracción II bis, 6, 7 fracciones II y IV, 13 apartado A, fracción VII bis, 77 bis 1 y 77 bis 35 de la Ley General de Salud; 28, 29 y Anexo 18 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009; y 6 y 7 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud,

CONSIDERANDO

Que dentro de las acciones que ha llevado a cabo el Gobierno Federal para otorgar la cobertura universal de los servicios de salud, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de mayo de 2007, estableció como estrategias 7.1 y 7.2 las de consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad, y consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, empezando por los niños;

Que de conformidad con lo señalado por el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Programa Sectorial de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de enero de 2008, señala como línea de acción 7.1, la de establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación, que incorporará a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al Sistema de Protección Social en Salud;

Que a través instrumentación y operación del Seguro Médico para una Nueva Generación, todos los niños mexicanos tienen derecho a un seguro médico que cubre los servicios médicos que se prestan en los centros de salud y las acciones hospitalarias, así como los medicamentos asociados, consultas y tratamientos;

Que en términos de lo dispuesto por la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, se señalará en el Presupuesto de Egresos de la Federación, los programas a través de los cuales se otorguen subsidios que deberán sujetarse a reglas de operación, con el objeto de asegurar que la aplicación de los recursos públicos se realice con eficiencia, eficacia, economía, honradez y transparencia, además de establecer los criterios generales conforme a los cuales se sujetarán las reglas de operación de los programas;

Qué conforme a lo anteriormente expuesto y con el objeto de continuar con las acciones encaminadas por el Gobierno Federal en materia de salud, tendientes a garantizar la cobertura universal, a través de la instrumentación y operación del Seguro Médico para una Nueva Generación, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2009

UNICO.- Se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, a cargo de la Secretaría de Salud, de conformidad con lo siguiente:

REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2009

1. Introducción

El nivel de salud de los mexicanos ha mejorado sustancialmente en las últimas décadas como resultado de la mayor cobertura de servicios de salud; de las mejoras en la higiene y el saneamiento; y, del avance en la tecnología médica. Sin embargo, los logros en salud y la transición epidemiológica se han dado de manera desigual a lo largo del país y entre los diferentes estratos de ingreso. Resultan particularmente preocupantes los rezagos en materia de salud que aún se observan en los menores de 5 años. Destacan los indicadores de mortalidad infantil, de enfermedades infecciosas y de desnutrición. La prevalencia de anemia en el 30% de los menores de un año pone en riesgo el desarrollo de las nuevas generaciones.

Las condiciones de salud en los primeros años de vida impactan de manera decisiva y en ocasiones de forma permanente el crecimiento y desarrollo de la persona hasta edades avanzadas. Las consecuencias de la desnutrición en esos años van más allá de las derivadas de una mayor incidencia de enfermedades infecto-contagiosas; puede verse afectado también el desarrollo antropométrico y cognoscitivo, lo que genera problemas o desventajas permanentes en el desempeño escolar y/o laboral.

La falta de una cultura del autocuidado de la salud se observa en todos los niveles socioeconómicos. Los efectos negativos secundarios se ven acentuados en las familias pobres debido a las malas condiciones de

las viviendas y de los accesos a los servicios básicos. La falta de una cultura preventiva de la salud y los inadecuados hábitos de nutrición e higiene, agudizan los problemas de morbilidad y desnutrición. En la población pobre, coexiste una alta presencia de enfermedades infecto-contagiosas –fácilmente prevenibles– con las crónico-degenerativas que precisan de acciones de salud especializadas.

Las acciones actuales tanto del sector salud como de desarrollo social aunque importantes, resultan insuficientes considerando las necesidades de la población mexicana en materia de salud. Es por ello, que el Gobierno Federal ha instrumentado y opera el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), mediante el cual promueve la atención preventiva y la detección temprana de enfermedades y daños a la salud y garantiza la cobertura integral en servicios de salud a los niños mexicanos nacidos a partir del primero de diciembre del 2006, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social. Sus beneficios son adicionales a los que hoy en día proveen los programas de salud pública y de vacunación universal, el Sistema de Protección Social en Salud (Sistema), así como a las acciones en materia de salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades. El objetivo del SMNG y del reforzamiento de las acciones de los otros programas dirigidos a la población beneficiaria menor de cinco años es asegurar las mejores condiciones posibles y las mayores oportunidades a una generación que está llamada a ser más capacitada, mejor preparada y más activa en la consolidación de nuestro país como una sociedad desarrollada, unida y engrandecida.

Este Programa se inserta en la política de salud que establecen el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012. En ellos, se reconoce que nuestro sistema sanitario debe resolver las desigualdades persistentes en el acceso a los servicios médicos que son una de las principales causas por las que las personas más pobres tienen mayor riesgo de morir a edades más tempranas que el resto de la población. Para resolver estas inequidades, el Plan identifica una serie de objetivos prioritarios que incluyen, fundamentalmente, fortalecer los programas de prevención de enfermedades, promoción de la salud y protección contra riesgos sanitarios; elevar la calidad de los servicios de atención curativa; mejorar la eficiencia en los procesos operativos; perfeccionar la organización y coordinación en las entidades y dependencias encargadas de la prestación de los servicios; apoyar el crecimiento y modernización de la infraestructura médica; profesionalizar al personal sanitario; consolidar la protección financiera de los mexicanos frente a los gastos que causan las enfermedades; y, de manera destacada, focalizar acciones a favor de los grupos vulnerables que más las necesitan, entre los que se encuentran los niños.

De manera específica, en el ámbito de las políticas de salud se contempla el objetivo de lograr que la nueva generación de mexicanos sea más saludable a lo largo de su vida y, por tanto, viva mejor y desarrolle y aproveche plenamente sus capacidades humanas. A partir de esta premisa, la política sanitaria del Gobierno Federal hace de la protección de la salud de los niños, uno de sus compromisos principales y, de manera más urgente, la protección de la población infantil que todavía presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad, en parte ocasionadas por la falta de una atención oportuna y de calidad.

Estas acciones contribuirán también a lograr las metas de mejoramiento de las condiciones de vida de su población comprometidas por México en la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en el seno de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En materia de salud, México comprometió “reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años entre 1990 y 2015”. En 2007 se registraron 13,969 defunciones hospitalarias neonatales, que representaron el 48.5 por ciento del total de la mortalidad infantil en menores de un año. Asimismo, las infecciones respiratorias e intestinales representaron el 10.6 por ciento de las causas de mortalidad en ese grupo etario; las malformaciones congénitas del aparato cardiovascular 8.9 por ciento y, la desnutrición y la anemia nutricional, el 1.2 por ciento. Las muertes reportadas en 2007 son 1,355 (8.8%) menos que en 2005. La Organización Panamericana de la Salud en su publicación “Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2007” señaló que la tasa estandarizada por 1,000 nacidos vivos, de mortalidad en menores de 5 años para nuestro País fue en 2006 de 21.1, por lo que aún queda por disminuir 5 puntos al millar tal indicador para lograr la meta comprometida para el año 2015.

En el caso de los niños en edad preescolar (de uno a cuatro años) el 17.5 por ciento de la mortalidad se debió en ese año a enfermedades infecciosas, tanto intestinales como respiratorias; el 7.6 por ciento a las malformaciones congénitas del aparato cardiovascular y el 3.9 por ciento a desnutrición y anemia. Es posible disminuir los riesgos asociados a la muerte neonatal y las afecciones originadas en el periodo perinatal; así como la prevención de daños a la salud y discapacidades que se dan en mayor número en este periodo de la vida, también la mortalidad asociada a las infecciones y la desnutrición. Estos son algunos de los retos que en materia sanitaria continuará abordando el SMNG.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Propiciar el acceso efectivo a servicios de salud de los niños mexicanos menores de cinco años nacidos a partir del 1o. de diciembre del 2006, que al no ser derechohabientes de la seguridad social estén afiliados al

Sistema, a través del otorgamiento sin desembolso al momento de recibir los servicios, de atención a la salud de alta calidad en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Los beneficios del SMNG serán adicionales y complementarios a los que actualmente ofrece el Sistema descritos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), Con ello se contribuirá a evitar el empobrecimiento por motivos de salud.

2.2 Objetivos específicos

Los niños afiliados tendrán acceso a los beneficios del SMNG sin incurrir en gastos en el momento de su atención.

3. Criterios orientadores

3.1 Mejorar la salud de las familias

La mortalidad en el periodo neonatal (menores de 28 días de vida) contribuye con la mayor parte en la mortalidad general de los menores de cinco años. Los principales padecimientos que generan las defunciones en este grupo de edad son la prematuridad, la insuficiencia respiratoria y las infecciones.

El SMNG cubre a los menores desde el momento de su afiliación al Sistema; con ello es posible ofrecerles una atención médica adecuada. Esto permitirá prevenir o atender de forma más oportuna los trastornos que pueden producirles discapacidad o muerte.

3.2 Favorecer el desarrollo humano

El desarrollo humano es un proceso intergeneracional de acumulación de capital humano. La salud y, en particular, el desarrollo infantil temprano desempeñan un papel crucial en la formación del capital humano y en el futuro rendimiento escolar y laboral. Al apoyar de manera integral a la salud de los niños, se invierte en el crecimiento de sus capacidades.

3.3 Coadyuvar al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

México suscribió la Declaración del Milenio durante la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas realizada en septiembre del año 2000, comprometiéndose a reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015. Para dar seguimiento a esta meta, la ONU seleccionó tres indicadores: la tasa de mortalidad en menores de un año, la tasa de mortalidad en menores de 5 años y la proporción de niños de un año vacunados contra el sarampión.

Las acciones del Programa buscan mejorar la salud y evitar las muertes y la discapacidad en los niños desde el momento de su nacimiento, garantizándoles el acceso a los servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación. Las acciones preventivas se verán complementadas con el esquema de vacunación universal que incluye, entre otras, la vacunación contra el sarampión al año de edad.

3.4 Operar con transparencia y rendición de cuentas

La afiliación de los menores al Sistema, condición necesaria para tener acceso al SMNG, debe realizarse mediante procedimientos rigurosos, objetivos, imparciales y homogéneos a nivel nacional, de tal forma que sean verificables y auditables.

Los beneficios del Programa se hacen llegar a los niños y sus familias a través de los servicios del Sistema Nacional de Salud los cuales deben ser monitoreados y evaluados, tanto por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (Regímenes Estatales), como por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Comisión).

El Programa tendrá un esquema de seguimiento operativo con objeto de detectar y resolver oportunamente los problemas de gestión y prestación de servicios; así como un esquema de evaluación para conocer sus impactos reales. Todos los resultados serán públicos.

El Programa debe orientar a la población beneficiaria, desde el momento mismo de su afiliación, sobre la totalidad de derechos en materia de salud que tendrán los menores de cinco años de este programa, así como los provenientes del CAUSES y del FPGC. También, se deberá informar a las familias de sus obligaciones de corresponsabilidad, en particular de su asistencia a sus citas en materia preventiva. Esta orientación y asesoría cubrirá todo el proceso de prestación de servicios, en particular en el nivel hospitalario.

3.5 Propiciar la coordinación interinstitucional

Para lograr la adecuada operación del Programa y garantizar la prestación de los servicios, aun en aquellas localidades en las que los Servicios Estatales de Salud (SESA) no cuentan con unidades médicas instaladas, la Comisión y las entidades federativas podrán suscribir convenios con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tanto en su régimen obligatorio como con el programa IMSS-Oportunidades, con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y con otras instituciones públicas proveedoras de servicios del Sistema Nacional de Salud. Y en casos justificados por ausencia de algún otro proveedor del Sistema Nacional de Salud o por problemas de capacidad de atención, también se podrán suscribir convenios con prestadores de índole privada en términos de las disposiciones aplicables.

Mediante estos convenios se garantizará que cualquier niño sujeto de cobertura reciba atención médica en instalaciones que se encuentren cerca de su domicilio. Por ello, las entidades federativas deberán reportar sobre las condiciones de acceso de los beneficiarios a los servicios.

3.6 Promover la corresponsabilidad

Para el logro de los objetivos del Programa, es fundamental la participación de las familias en el cuidado del niño y su confianza acerca de los beneficios del SMNG. Por ello, será responsabilidad de los padres o tutores acudir puntualmente y participar en las acciones de prevención y promoción de la salud enmarcada en la estrategia línea de vida, en sus dos primeras etapas: recién nacido menor de un mes, y niños menores de cinco años.

Desde el momento mismo de su afiliación se deberá orientar a la población sobre los derechos y obligaciones específicos que adquieren como beneficiarios del SMNG, por el personal de los Módulos de Afiliación y Operación (MAO) de acuerdo con sus funciones; además, para facilitar la aplicación efectiva de los derechos de los afiliados, los Regímenes Estatales deberán tener Gestores de Servicios de Salud en las unidades hospitalarias, quienes serán responsables de proporcionar asesoría médica y gestionar servicios ante y para los beneficiarios; así como de propiciar el cumplimiento de las obligaciones que les correspondan a estos últimos. Ello con el fin de promover la observancia de las especificaciones de las reglas de operación. La corresponsabilidad de los beneficiarios se fundará en el principio de pleno respeto a las decisiones de las familias, buscando ampliar sus opciones y oportunidades, en un marco de estímulo a la elección informada.

3.7 Sobre el seguimiento permanente a la operación del Programa y la evaluación de sus impactos

La evaluación es un proceso sistemático y continuo orientado a determinar el desempeño e impacto del Programa y que comprende: **i)** el diseño del Programa; **ii)** la provisión de servicios; **iii)** la eficiencia del Programa; **iv)** el impacto de las acciones en la mejora de las condiciones de salud del beneficiario y de la economía de la familia; y, **v)** los factores que influyen en el desempeño e impacto del Programa.

El modelo de evaluación que deberá aplicarse contemplará el análisis del desempeño y la identificación de los efectos de corto, mediano y largo plazos en las esferas individual y familiar de la población beneficiaria.

Por su parte, el seguimiento de la operación del Programa será permanente y permitirá contar con información oportuna acerca de sus procesos operativos con el propósito de mejorar su diseño y ejecución; establecer procesos de mejora continua; contar con elementos para establecer si la atención a los beneficiarios se realiza en congruencia con la normatividad; y, resolver oportunamente los problemas. Para ello, se reforzarán los sistemas actuales de información de la Secretaría de Salud (Secretaría) y se generarán indicadores de gestión. Todos los resultados del seguimiento y evaluación serán públicos.

4. Lineamientos

4.1 Cobertura

El Programa operará en todas las localidades del territorio nacional donde habiten familias con niños nacidos a partir del 1o. de diciembre del 2006, que no sean derechohabientes de la seguridad social, y tengan la posibilidad de acceso a los servicios de salud de alguna institución del Sistema Nacional de Salud con capacidad para proveer los beneficios de este Programa.

4.2 Población objetivo

Los mexicanos nacidos a partir del 1o. de diciembre del 2006 que no sean derechohabientes de la seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud y estén afiliados al Sistema.

4.3 Beneficiarios

Serán beneficiarios del SMNG los niños mexicanos nacidos a partir del 1o. de diciembre del 2006 que no sean derechohabientes de la seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud y que estén afiliados al Sistema. En perspectiva, la población beneficiaria del Programa será cubierta hasta alcanzar los cinco años de edad.

4.4 Criterios de elegibilidad

Serán elegibles como beneficiarios del SMNG, los mexicanos integrantes de familias afiliadas al sistema y cumplan con los siguientes criterios:

- a) Ser mexicanos residentes en el territorio nacional;
- b) Haber nacido a partir del 1 de diciembre del 2006;
- c) No ser derechohabientes de la seguridad social o contar con algún otro mecanismo de previsión social en salud;
- d) Tener derechos vigentes en el Sistema y,
- e) Que el titular o representante de la familia, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, tramite el alta en el Sistema:
 - Solicite voluntariamente la afiliación del menor y de su familia al Sistema, y

- Entregue en el MAO del Sistema al momento de su afiliación, copia de la Clave Única de Registro de Población (CURP) o del Acta de Nacimiento o, en su caso, del Certificado de Nacimiento implementado por la Secretaría, comenzando el inicio de vigencia de derechos del SMNG para los beneficiarios, a partir del día de su afiliación. En caso de no proporcionar alguno de estos documentos, se efectuará por escrito la prevención necesaria para lo cual el titular o representante de la familia tendrá un plazo de hasta 90 días naturales contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza de Afiliación para su entrega.

4.5 Beneficios

Los menores afiliados al SMNG tendrán, durante la vigencia de sus derechos, garantizado el derecho a recibir servicios de medicina preventiva y atención médica de primer, segundo y tercer niveles, sin ningún desembolso por el servicio, mediante un paquete de acciones integrado de la siguiente manera:

- a) Un paquete de acciones preventivas y de atención con línea de vida;
- b) Estudios de laboratorio y gabinete que permitan diagnósticos tempranos;
- b) Atención médica, medicamentos e insumos de salud para los padecimientos que afectan a menores de 5 años de acuerdo a la lista de intervenciones cubiertas por el SMNG descritas en el Anexo 1, las cuales no están incluidas en el CAUSES ni cubiertas por el FPGC.

Adicionalmente, y considerando que los menores afiliados al SMNG también están afiliados al Sistema, tendrán derecho a:

- c) Las intervenciones correspondientes al primero y segundo niveles de atención que se encuentren contenidas en el CAUSES del Sistema descritas en el Anexo 3, así como los medicamentos asociados; y
- e) Las atenciones contempladas para las enfermedades cubiertas por el FPGC del Sistema aplicables a niños, descritas en el Anexo 4.

Los listados de los Anexos 3 y 4, que se refieren al Sistema y al FPGC no son limitativos; para la inclusión de intervenciones adicionales corresponde al Consejo de Salubridad General determinar, con fundamento en las disposiciones jurídicas aplicables, sobre aquellas enfermedades de alto costo que provocan gastos catastróficos.

La definición de las intervenciones, los tratamientos, los medicamentos y los materiales asociados a las enfermedades cubiertas por el SMNG, serán responsabilidad exclusiva de la Comisión en lo que a su competencia se circunscribe, con independencia de lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables. Los medicamentos y materiales asociados a dichas enfermedades deben corresponder a los incluidos en el cuadro básico de insumos del Sector Salud.

4.6 Derechos, obligaciones y corresponsabilidades de los beneficiarios

4.6.1 Derechos

Son derechos de los beneficiarios del SMNG:

- a) Recibir servicios integrales de salud;
- b) Acceso igualitario a la atención;
- c) Trato digno, respetuoso y atención de calidad;
- d) Recibir la Cartilla Nacional de vacunación para niñas, niños y adolescentes;
- e) Ser adscrito a una unidad médica del primer nivel de atención;
- f) Recibir los medicamentos e insumos para la salud necesarios para su atención completa y oportuna;
- g) Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como con la orientación que sea necesaria respecto a la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;
- h) Contar con su expediente clínico en la unidad de adscripción;
- i) Decidir libremente sobre su atención médica;
- j) Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;
- k) Ser tratado con confidencialidad;
- l) Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;
- m) Recibir atención médica en urgencias;
- n) Recibir información sobre la operación y funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención a la salud en los MAO del Sistema; así como de los apoyos y orientación que podrán recibir de los Gestores Médicos;
- o) No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban, concerniente a la cobertura del SMNG; y,
- p) Presentar quejas e inconformidades ante las diferentes instancias competentes por la falta o inadecuada prestación de servicios, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que serán atendidas.

4.6.2 Obligaciones**4.6.2.1 Corresponsabilidades en materia de salud**

Con el fin de promover la corresponsabilidad de los padres o tutores en la salud de sus hijos o tutelados, éstos tendrán con respecto a los menores afiliados al SMNG las siguientes obligaciones:

- a) Adoptar las conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;
- b) Asistir y participar en los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud dirigidos a padres y tutores sobre el cuidado del menor;
- c) Llevar al menor a obtener su esquema de vacunación completa y cerciorarse de su registro en la Cartilla Nacional de Salud del menor;
- d) Llevar al menor a la unidad médica para las revisiones preventivas y registrar su asistencia con la periodicidad siguiente: el recién nacido, dos veces a los 7 y 28 días; durante el primer año de vida, por lo menos cada dos meses; y del segundo al quinto año de vida, cada seis meses, como se muestra en el Cuadro 1;

Cuadro 1**Frecuencia de revisiones de los menores de cinco años**

Grupo de edad	Frecuencia de revisiones	Acciones mínimas a realizar en las revisiones
Recién nacido	Al nacimiento, 7 y 28 días	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega y/o actualización de la Cartilla Nacional de Salud, Niños y niñas de 0 a 9 años (Cartilla Nacional de Vacunación) ▪ Identificación de signos de alarma ▪ Exploración física completa ▪ Detección y referencia de defectos al nacimiento ▪ Revisión del cordón umbilical ▪ Capacitación sobre cuidados del recién nacido ▪ Promoción de alojamiento conjunto y lactancia materna ▪ Tamiz neonatal ▪ Verificación de aplicación de vitamina K y profilaxis oftálmica ▪ Inmunizaciones, y ▪ Capacitación a los padres sobre alimentación al seno materno y estimulación temprana
Niños y niñas menores de 5 años	A los 2, 4, 6, 8, 10, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 54 y 60 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega y/o actualización de la Cartilla Nacional de Salud, Niños y niñas de 0 a 9 años (Cartilla Nacional de Vacunación) ▪ Identificación de factores de mal pronóstico del entorno familiar ▪ Exploración física completa ▪ Toma de peso y talla anotando los resultados en la Cartilla Nacional de Vacunación ▪ Inmunizaciones ▪ Capacitación a los padres sobre el cuidado de la niña o el niño, alimentación y estimulación temprana ▪ Evaluación del desarrollo psicomotor ▪ Identificación de problemas posturales ▪ Promoción de la salud bucodental ▪ Promoción de la actividad física y la prevención de accidentes ▪ Desparasitación, administración de micronutrientos, y ▪ Detección temprana de enfermedades
Capacitación a los	La periodicidad de los	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación del SMNG

padres con respecto al cuidado de los menores, a través de Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud	talleres la determinarán los SESA conforme el comportamiento de la demanda y la disponibilidad de recursos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación y salud ▪ Saneamiento básico a nivel familiar ▪ Nutrición ▪ Cuidados del recién nacido ▪ Lactancia materna y alojamiento conjunto ▪ El menor de un año ▪ El mayor de un año ▪ Vacunas ▪ Estimulación temprana ▪ Diarreas y uso del Vida Suero Oral ▪ Infecciones respiratorias agudas ▪ Prevención de accidentes
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- f) Concurrir con el niño beneficiario a las demás visitas médicas que sean recomendadas por el médico tratante;
- f) Sujetarse a las prescripciones y tratamientos médicos indicados;
- g) Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre los antecedentes, necesidades y problemas de salud;
- h) Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamientos o procedimientos generales a los que hayan aceptado someterse; e,
- i) Informar en el MAO que le corresponda cuando adquiera la derechohabencia de alguna institución de seguridad social, a fin de darse de baja del SMNG.

4.6.2.2 Otras obligaciones

- a) Hacer buen uso de la Póliza de Afiliación del Sistema que los acredite como beneficiarios, así como de la Cartilla Nacional de Salud y presentarlas siempre que se requieran servicios de salud;
- b) Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;
- c) Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;
- d) Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras del Sistema que, en su caso, se le fijen;
- e) Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;
- f) Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud;
- g) Hacer uso responsable de los servicios de salud; y
- h) Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.

5. Mecánica de operación

5.1 Instituciones e instancias participantes

5.1.1 Entes normativos

5.1.1.1 Secretaría de Salud

Debido al carácter nacional del SMNG, su rectoría es responsabilidad de la Secretaría que, conforme a las presentes Reglas, determina la normatividad para la instrumentación, operación, seguimiento y evaluación del Programa.

5.1.1.2 Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Como órgano desconcentrado de la Secretaría, la Comisión es responsable de instrumentar la política de protección social en salud; administrar los recursos financieros que la Secretaría le suministre; regular y gestionar servicios de salud para los afiliados al Sistema y al SMNG; y, realizar las acciones necesarias para evaluar el desempeño y el impacto del Sistema, de los Regímenes Estatales y del SMNG.

La Comisión establecerá los mecanismos de coordinación necesarios para garantizar que las acciones del SMNG no se contrapongan, afecten o presenten duplicidades con otros programas o acciones del Gobierno Federal.

5.1.1.3 Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud es responsable de establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud; coordinar el desarrollo del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA); definir y emitir las

políticas y normas sobre información epidemiológica que deban reportar los servicios de salud; y, colaborar, en el ámbito de su competencia, en la definición y desarrollo del Sistema en coordinación con las unidades administrativas competentes.

5.1.2 Entes ejecutores

5.1.2.1 Secretaría de Salud

Para la instrumentación, operación, seguimiento y evaluación del SMNG, a la Secretaría, a través de las unidades administrativas señaladas, le corresponde lo siguiente:

A la Comisión:

- Transferir los recursos para la instrumentación y operación del Programa conforme con lo establecido en las presentes reglas, en los acuerdos de coordinación respectivos, y demás instrumentos específicos que se suscriban conforme a la normatividad vigente;
- Gestionar y suscribir, conjuntamente con las entidades federativas, los acuerdos en materia de prestación de servicios en localidades sin presencia de los SESA, con las instituciones de la seguridad social, instituciones de asistencia privada y otros prestadores privados;
- Establecer los mecanismos de coordinación necesarios para garantizar que las acciones del SMNG no se contrapongan, afecten o presenten duplicidades con otros programas o acciones del Gobierno Federal;
- Observar lo dispuesto en los lineamientos de afiliación al Sistema, así como de administración del padrón; y fortalecer las acciones para la promoción del programa, la identificación de los beneficiarios y para su afiliación.
- Definir e instrumentar el esquema de monitoreo y evaluación de la operación e impacto del Programa; y
- Establecer, en coordinación con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, los lineamientos para la realización y registro de asistencia a los talleres comunitarios para el autocuidado de la salud dirigidos a padres y tutores sobre el cuidado del menor, por parte de las entidades federativas.

A la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud:

- Emitir los lineamientos para la aplicación de la Estrategia de Prevención y Promoción para una Mejor Salud;
- Garantizar la suficiencia en las entidades federativas de las Cartillas Nacionales de Salud;
- Analizar y validar los contenidos de la capacitación de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud dirigidos a padres de familia acorde con los lineamientos de promoción de la salud;
- Emitir la normatividad para la capacitación del personal de salud para el otorgamiento de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud.
- Ejercer los recursos transferidos para la adquisición de vacunas, de fortalecimiento de la red de frío y de los implantes cocleares para los niños con hipoacusia severa y profunda.

En materia de vacunas:

- Definir los procedimientos y dosis de aplicación, distinguiendo los beneficiarios del Programa;
- Establecer los procedimientos administrativos y operativos para su adquisición y distribución;
- Ejercer los recursos transferidos por la Comisión por este concepto;
- Informar trimestralmente del ejercicio de los recursos transferidos.

En materia de tamiz auditivo:

- Definir las normas y procedimientos para el diagnóstico presuntivo y definitivo de hipoacusia neurosensorial severa y profunda;
- Establecer los procedimientos administrativos y operativos para la adquisición y distribución de los equipos de emisiones otoacústicas y potenciales evocados del tallo cerebral, sin perjuicio de lo señalado por las disposiciones aplicables en materia de adquisiciones, y
- Ejercer los recursos transferidos por la Comisión por este concepto

En materia de implantes cocleares:

- Definir la población, normas y procedimientos para el diagnóstico presuntivo y definitivo de hipoacusia neurosensorial severa y profunda;
- Establecer los procedimientos administrativos y operativos para su adquisición y distribución;
- Informar trimestralmente del ejercicio de los recursos transferidos.

En materia de fortalecimiento de la red fría:

- Definir los recursos necesarios para garantizar la integridad física de las vacunas que se destinan a los beneficiarios del SMNG;
- Establecer los procedimientos administrativos y operativos para su adquisición y distribución;
- Ejercer los recursos transferidos por la Comisión por este concepto;
- Informar trimestralmente del ejercicio de los recursos transferidos.

A la Subsecretaría de Innovación y Calidad:

- Dictaminar la acreditación de las unidades médicas participantes en el Programa.
- Emitir recomendaciones a los SESA con respecto a las unidades no acreditadas.

5.1.2.2 Entidades Federativas

A los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal, a través de los Regímenes Estatales o de las instancias administrativas facultadas, les corresponde:

- Garantizar la prestación de los servicios de salud que se derivan de las acciones preventivas y de capacitación y de las intervenciones previstas en este Programa; así como las que provengan del CAUSES y del FPGC a través de las unidades médicas de los SESA u otros prestadores de servicios estatales o federales. Cuando la entidad federativa no tenga capacidad para prestar estos servicios directamente, deberá celebrar convenios de colaboración con otras entidades federativas o con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, utilizando el sistema de referencia y contra-referencia normado en el Acuerdo 79 del Secretario de Salud "Relativo a la aplicación, instrumentación y actualización del Manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes y envío de muestras y especímenes", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de septiembre de 1988; y, considerando a estos establecimientos médicos como parte integral de las redes de servicio. Las formalidades, términos y condiciones de los convenios de colaboración que se celebren deberán sujetarse a la legislación estatal aplicable, observando las disposiciones federales correspondientes dada la naturaleza de los recursos transferidos;
- Gestionar y administrar los recursos transferidos para la instrumentación y ejecución del Programa conforme a lo establecido en las presentes Reglas y en la normatividad federal y estatal;
- Asegurar el abasto oportuno de medicamentos en sus unidades por sí o mediante la suscripción de los convenios de gestión que resulten necesarios para este efecto. Las recetas prescritas deberán ser surtidas cuando menos al 90 por ciento en un periodo no mayor a 5 días naturales;
- Identificar y afiliar familias al Sistema, así como registrar las altas y bajas de miembros individuales y familias, de acuerdo a la normatividad que regula al Sistema;
- Reportar anualmente a la Comisión sobre las condiciones de acceso de los beneficiarios a los servicios de salud;
- Proponer la meta de afiliación anual con criterios de demanda potencial y de factibilidad de la prestación de los servicios de salud;
- Promover la acreditación de unidades de atención a la salud, efectuando acciones de supervisión integral que permitan asegurar los niveles de calidad y cobertura que establece el SMNG;
- Realizar el seguimiento operativo del Programa en la entidad y aplicar los instrumentos y procedimientos necesarios para la evaluación de su impacto en su ámbito, con base en los indicadores y con la metodología y periodicidad que establezca la Comisión;
- Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio del gasto de conformidad con las disposiciones establecidas o que para estos efectos establezca, así como la información estadística y documental que le sea solicitada con respecto a la operación del Programa dentro de su ámbito territorial de competencia.
- Participar en la actualización de las Reglas de Operación.

5.1.2.3 IMSS e ISSSTE

Las instituciones de la seguridad social del país, como es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) podrán prestar servicios de salud a los beneficiarios del SMNG, en las localidades en donde no tengan presencia los SESA, o la Capacidad de éstos no sea suficiente.

La prestación de los servicios por parte de estas instituciones a los beneficiarios del SMNG se realizará bajo las condiciones establecidas en los convenios para tal fin suscritos por el IMSS y el ISSSTE con la Secretaría y los SESA.

5.1.2.4 Prestadores de servicios privados y no gubernamentales

Las instituciones del sector privado del Sistema Nacional de Salud y otros prestadores no gubernamentales podrán prestar sus servicios a los beneficiarios del SMNG cuando los servicios de salud no puedan ser otorgados por los SESA ni por las instituciones de la seguridad social del país, y hayan suscrito

previamente convenios de prestación de servicios o de colaboración con los SESA, a través de los Regímenes Estatales, o con la Comisión conforme la normatividad aplicable en la entidad federativa.

5.2 Características de los apoyos para la operación del Programa SMNG

El SMNG es público y voluntario y su costo es cubierto mediante un subsidio federal proveniente de recursos fiscales autorizados en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009 (PEF) que complementan los recursos que las entidades federativas reciben de la Federación vía los ramos 12 y 33, destinados a la prestación de servicios médicos.

El Programa Seguro Médico para una Nueva Generación no se contrapone, afecta o presenta duplicidad con otros programas y acciones del Gobierno Federal en cuanto a diseño, beneficios, apoyos otorgados y población objetivo.

Los recursos y las acciones destinadas a solventar los efectos ocasionados por desastres naturales, deberán apegarse a los lineamientos y mecanismos que determinen la Secretaría de Gobernación y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en sus ámbitos de competencia y demás disposiciones aplicables.

Para la instrumentación y operación del SMNG, el Gobierno Federal, a través de la Secretaría, otorgará apoyos económicos por los siguientes conceptos:

- a) Apoyo económico por incremento en la demanda de servicios;
- b) Pago de intervenciones cubiertas por el SMNG;
- c) Pago por prestación de servicios no otorgados por los SESA;
- d) Pago de vacunas;
- e) Tamizaje auditivo, para la detección de niños con hipoacusia severa y profunda;
- f) Implantes cocleares para niños con hipoacusia severa y profunda;
- g) Apoyo para la capacitación y reforzamiento del personal que impartirá los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud y para apoyar la instrumentación de los mismos;
- h) Fortalecimiento de la red de frío; y
- i) Apoyo para la instalación y/o operación de módulos de afiliación.

Para la realización de la transferencia de estos apoyos, la Secretaría y las entidades federativas deberán celebrar en los casos que proceden, los acuerdos de coordinación e instrumentos específicos correspondientes. El Anexo 8 de estas Reglas contiene el modelo de instrumento específico.

Cada uno de los conceptos de apoyo del programa se describe a continuación. Los montos aplicables para cada tipo de beneficio estarán en función del desarrollo del Programa y supeditados a la disponibilidad presupuestal del mismo.

5.2.1 Apoyo económico a los SESA por incremento en la demanda de servicios

La Secretaría transferirá a las entidades federativas \$210.00 (Doscientos diez pesos 00/100 M.N.) anuales por una sola vez por cada niño mexicano nacido a partir del 1o. de diciembre del 2006 cuya familia se incorpore al Sistema en 2009. Esta cápita tiene como propósito apoyar a las entidades federativas por la sobredemanda que potencialmente se origina en razón de la mayor concentración de nuevas familias afiliadas al Sistema con recién nacidos y los requerimientos de atención durante el primer año de vida de los mismos, principalmente durante los primeros 28 días de vida.

5.2.2 Pago de intervenciones cubiertas por el SMNG

Las intervenciones cubiertas por el SMNG descritas en el Anexo 1 son acciones de segundo y tercer niveles que no están contempladas en el CAUSES o en el FPGC. Estas acciones se cubrirán mediante el reembolso de cada intervención realizada a los beneficiarios del Programa. El monto a cubrir por cada una de estas intervenciones se determinará conforme a las tarifas del tabulador establecido por la Comisión que se encuentra en el Anexo 1 de estas Reglas.

En el caso de las intervenciones realizadas a los beneficiarios del Programa y que no se enlisten en el tabulador del Anexo 1, la Comisión estará facultada para determinar si son elegibles de cubrirse con el SMNG y el monto de la tarifa a cubrir por cada uno de los eventos. Esta tarifa será como máximo la cuota de recuperación del Tabulador 6 que tenga la institución que haya realizado la intervención para esa misma intervención. No se cubrirán las acciones e intervenciones listadas en el Anexo 2 de estas Reglas. En función de la frecuencia de intervenciones no cubiertas por el SMNG, la disponibilidad presupuestal y la conveniencia de incluirlas en el SMNG, la Comisión deberá establecer los mecanismos necesarios que permitan definir las tarifas de las nuevas intervenciones a partir de los costos promedio a nivel nacional de su otorgamiento. Estos costos promedio deberán obtenerse mediante la agrupación de los servicios en conglomerados homogéneos que faciliten su registro y control, además de propiciar el logro de estándares de eficiencia predeterminados, entre los SESA participantes. Los nuevos listados de intervenciones cubiertas por el SMNG y los tabuladores respectivos deberán ser publicados en el Diario Oficial de la Federación.

Adicionalmente, se podrán cubrir las intervenciones realizadas a los beneficiarios del SMNG durante el ejercicio fiscal 2008, no incluidas en el CAUSES o en el FPGC, que sean notificadas antes del 31 de enero de 2009 a la Comisión de acuerdo al procedimiento descrito en la Sección 5.3.2.

5.2.3 Pago por prestación de servicios no otorgados por los SESA

En las localidades en donde no existan unidades médicas de los SESA, los servicios de salud al beneficiario del SMNG podrán ser prestados por las unidades médicas de primer nivel de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, mediante el pago de una tarifa anual por beneficiario y previa firma del convenio que se establezca para estos propósitos.

El resto de las intervenciones de salud correspondientes al segundo y tercer niveles que requieran los beneficiarios del Programa, así como el total de las intervenciones del CAUSES y los medicamentos asociados para el resto de la familia, deberán ser prestados en las unidades médicas de los SESA que ofrecen los servicios a las familias afiliadas al Sistema, de conformidad con la normatividad vigente.

Estas instituciones podrán prestar servicios de segundo nivel de atención a los beneficiarios del Programa, solamente en casos de excepción cuando el criterio médico indique que no se puede referir al paciente a una unidad médica de los SESA hasta que se encuentre en condiciones adecuadas para su traslado. Estas intervenciones serán pagadas por evento, conforme a las cuotas de recuperación establecidas en los convenios firmados para la prestación de servicios, debiendo contar con la autorización por escrito del Régimen estatal correspondiente.

Se cubrirá también a la institución prestadora del servicio con recursos del Programa, y de acuerdo a lo establecido en el convenio específico, el importe establecido por cada evento de traslado en ambulancia del beneficiario del Programa proporcionado por la institución, siempre y cuando haya sido sometido al procedimiento de referencia y contra-referencia de una unidad médica de primer nivel a una de segundo y, en su caso, de tercer nivel.

5.2.3.1 Pago por prestación de servicios otorgados por el IMSS e ISSSTE

En el caso de la prestación de servicios de salud por parte del IMSS e ISSSTE, las condiciones para la prestación, las cuotas y la mecánica de pago serán las establecidas en los Convenios de Colaboración Interinstitucional para la Ejecución de Acciones relativas al Seguro Universal de Salud para Niños, suscritos ambos por el C. Secretario de Salud y los Directores Generales del IMSS y del ISSSTE, respectivamente, el 2 de febrero de 2007, incluyendo los convenios modificatorios respectivos celebrados en su caso, así como en los convenios específicos que se firmen entre estas instituciones, según sea el caso, a través de sus delegaciones, los SESA y la Comisión.

Conforme a lo establecido en estos Convenios, por la prestación de los servicios médicos de primer nivel a los niños beneficiarios del SMNG, la Secretaría, a través de la Comisión, pagará a las instituciones una tarifa fija anual conforme a la edad del niño. Estos servicios incluirán las intervenciones de este nivel de atención señaladas explícitamente en los convenios firmados.

El importe por traslados en ambulancia de pacientes del SMNG de la unidad médica de las instituciones señaladas a una de segundo y tercer niveles de los SESA, se determinará conforme a lo establecido en los convenios suscritos con la Secretaría.

Las tarifas e importes a que hacen referencia los párrafos anteriores, así como los Convenios respectivos, estarán disponibles en la página de Internet de la Comisión.

Para estos efectos, en el Modelo de Convenio Específico de Coordinación Interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al SMNG a celebrar por la Comisión, la Delegación correspondiente del IMSS y los SESA, a que hace mención el Anexo 9, se otorgarán a los beneficiarios del SMNG los servicios de salud, conforme al convenio marco celebrado con el IMSS a que se refiere el primer párrafo de este numeral.

5.2.3.2 Pago por prestación de servicios otorgados por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud

En el caso de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, los montos a cubrir por la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del SMNG, así como los procedimientos para su registro y pago, serán establecidos en los convenios que para estos efectos se suscriban conforme a las formalidades, términos y condiciones que se celebren, debiendo sujetarse a la legislación estatal aplicable, así como observar las disposiciones federales correspondientes dada la naturaleza de los recursos transferidos;

Estos convenios estarán disponibles en la página de Internet de la Comisión.

5.2.4 Pago de vacunas

Con objeto de apoyar el esquema de vacunación universal como uno de los pilares de las acciones preventivas en los menores, en 2009, se podrán transferir recursos del SMNG para la adquisición de vacunas de neumococo conjugada heptavalente, rotavirus, influenza infantil, antituberculosa (BCG) y hepatitis B. Estas serán aplicadas a los menores de cinco años que pertenezcan a la población abierta, independientemente de su afiliación al sistema o al SMNG. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos será responsabilidad del CENSIA.

5.2.5 Tamizaje auditivo, para la detección de niños con hipoacusia severa y profunda

Para el tamizaje auditivo, con recursos del Programa se equiparán para la realización de pruebas de emisiones otoacústicas, los 250 hospitales donde nace la mayor proporción de niños. Asimismo, se dotará a cada entidad federativa con un equipo para estudio de potenciales evocados del tallo cerebral, como prueba confirmatoria de sordera severa y profunda (32 equipos).

Para la adquisición de estos equipos se invertirán recursos por \$35,000,000.00 (Treinta y cinco millones de pesos 00/100 M.N.). Estos equipos se utilizarán de manera prioritaria, mas no exclusiva, en la población objetivo del Programa. La Secretaría, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, será la responsable de definir las especificaciones técnicas de los equipos y las unidades en las que se llevará a cabo la atención. Los equipos serán transferidos a los SESA, conforme a la normatividad aplicable, para su custodia, utilización y mantenimiento preventivo y correctivo, actividades que serán responsabilidad y desarrolladas con cargo a los recursos propios de la entidad federativa a la que corresponda el SESA. La atención de la sordera profunda no incluye el implante coclear.

A todos los menores beneficiarios del Programa se les deberá practicar la prueba tamiz auditivo, sin costo para los primeros y sin cargo adicional para el SMNG.

5.2.6 Implantes cocleares para niños con hipoacusia severa y profunda

Con recursos del SMNG se cubrirán los procedimientos para la colocación de los implantes cocleares, el propio implante coclear y la rehabilitación correspondiente para los niños afiliados al SMNG con diagnóstico de hipoacusia severa y profunda. La Secretaría, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud será la responsable de definir las indicaciones médicas, las especificaciones técnicas de los implantes cocleares, las unidades médicas en las que se llevará a cabo la atención y la adquisición y distribución de los implantes cocleares. Las intervenciones para la colocación de los implantes cocleares y la rehabilitación de los niños se incluyen en el listado de intervenciones del SMNG (Anexo 1).

5.2.7 Apoyo para la capacitación y reforzamiento del personal que impartirá los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud y para apoyar la instrumentación de los mismos.

Con el fin de que las entidades federativas puedan llevar a cabo los Talleres de Autocuidado de la Salud de acuerdo a los lineamientos establecidos, la Comisión enviará a éstas recursos para apoyar el desarrollo de las siguientes acciones: diseñar e implementar una estrategia de capacitación integral dirigida al personal directivo, operativo y comunitario de salud involucrado en la impartición de talleres comunitarios para ser ejecutada por los Servicios Estatales de Salud a través de las áreas de Promoción de la Salud al menos dos veces al año; reforzamiento del personal de salud a través de la inclusión de promotores de la salud que puedan impartir los talleres; provisión de insumos-materiales para el desarrollo de las actividades planteadas en el contenido de los talleres y para el desarrollo de la capacitación del personal; sustitución y actualización de materiales requeridos para el otorgamiento de los temas.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud en coordinación con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud definirán los criterios específicos para el otorgamiento y aplicación de dichos recursos en las entidades federativas. Asimismo, podrán evaluar dichas acciones con la finalidad de identificar áreas de oportunidad y promover acciones de mejora continua en los procesos operativos.

5.2.8 Fortalecimiento de la red de frío

Para garantizar la aplicación de vacunas en óptimas condiciones, es necesario que la red de frío se encuentre en circunstancias deseables para la preservación de los biológicos. Con recursos del programa se fortalecerá la infraestructura y equipamiento de la misma. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos será responsabilidad del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA).

5.2.9 Apoyo para la instalación y/o operación de módulos de afiliación

Con la finalidad de acercar a la población susceptible de incorporarse al SMNG la información necesaria sobre el Programa, los medios para llevar a cabo su afiliación y para la actualización de sus datos personales contenidos en el padrón, se transferirán a las entidades federativas, los recursos financieros suficientes para la instalación, operación y mantenimiento de los MAO adicionales a los ya existentes, y en su caso, para el reforzamiento de estos últimos; lo anterior, en virtud de la dispersión de familias que contarán con al menos un niño mexicano nacido a partir del 1o. de diciembre del 2006.

5.3 Periodicidad y forma de pago de los apoyos para la operación del Programa

El envío a las entidades federativas de los apoyos económicos, en sus distintos conceptos, se realizará mediante transferencia por medio electrónico a las cuentas bancarias que las entidades federativas dispongan para este efecto.

5.3.1 Apoyo económico a los SESA por incremento en la demanda de servicios

La transferencia de los recursos por este concepto se hará trimestralmente, de acuerdo a la afiliación reportada por los Regímenes Estatales del trimestre correspondiente, la cual será validada por la Dirección General de Afiliación y Operación de la Comisión en un plazo no mayor a 15 días hábiles después de recibida la información, quien a su vez notificará a la Dirección General de Financiamiento de la Comisión para que se

realice la transferencia de los recursos a las entidades federativas, en un plazo no mayor a 5 días hábiles posteriores.

Dado que el monto establecido por este concepto obedece a una mayor concentración de riesgos para el Sistema, derivada de una mayor incorporación de familias con recién nacidos, los recursos por este concepto serán para apoyar el exceso de demanda de los servicios de salud del CAUSES del Sistema. Por esta razón, los recursos que los Regímenes Estatales reciban deberán ser ejercidos conforme a los criterios de gasto establecidos para los recursos transferidos por el Sistema para la prestación de los servicios del CAUSES, como se establece en el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema, suscrito por la Secretaría con cada una de las entidades federativas a que hace mención el artículo 39 del PEF. Los recursos transferidos por concepto del SMNG conservarán su carácter federal.

5.3.2 Pago de intervenciones cubiertas por el SMNG

El reembolso de intervenciones cubiertas por el SMNG procederá para eventos terminados. En los realizados en unidades médicas acreditadas por la Secretaría se transferirá el monto correspondiente al tabulador señalado en el Anexo 1 de estas Reglas. Para las atenciones realizadas en unidades médicas no acreditadas, se transferirá el 50% del citado tabulador, el complemento se cubrirá al momento de comprobar la acreditación siempre y cuando esto ocurra en el período de vigencia de estas Reglas de Operación. En ambos casos, los beneficiarios no deberán haber cubierto ninguna cuota de recuperación. Las entidades federativas, a través de los Regímenes Estatales, verificarán que los recursos transferidos sean aplicados para el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud a los beneficiarios del programa, así como de las unidades médicas para la acreditación a que se refiere la regla 5.8.11.

La solicitud deberá ser presentada por los Regímenes Estatales para el caso de los SESA; para el reembolso en los casos atendidos por un proveedor distinto, sea este un hospital descentralizado, un hospital civil o un instituto nacional de salud, la Comisión establecerá los convenios correspondientes, en los cuales quedará explícita la obligación de estas instituciones, de informar a los Regímenes Estatales los casos que han atendido y que han puesto en conocimiento de la Comisión para su reembolso.

A partir del 1o. de marzo de 2009, el registro de los casos se hará a través del sistema informático que defina la Comisión. De los reportes de este último se obtendrán tanto los listados nominales como las declaratorias de caso (Anexos 5 y 7).

Tratándose de un organismo público descentralizado de salud, el médico tratante deberá ser determinado por el director de la unidad médica, y el caso validado por el propio Director; para las unidades de los SESA, el médico tratante será determinado por el director de la unidad médica y los Regímenes Estatales (su director o el funcionario que él designe) serán responsables de validar y enviar esta información.

La Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la Comisión (DGGSS) revisará los casos, verificando que contengan la información requerida y que permita su validación y su correcta clasificación de acuerdo al tabulador; de proceder, autorizará los casos para pago y la clave del tabulador que les corresponda; creará una base de datos por entidad federativa y patología; y, enviará un informe nominal de los casos en que proceda el reembolso, a más tardar 15 días hábiles posteriores al cierre del mes correspondiente a la Dirección General de Financiamiento de la Comisión para que ésta a su vez realice la transferencia de recursos a los Regímenes Estatales u otros prestadores de servicios en un periodo no mayor a 5 días hábiles.

En el caso de que la intervención haya sido realizada por alguna unidad médica dependiente de los SESA, el reembolso será cubierto al Régimen Estatal o a quien corresponda de acuerdo a la estructura administrativa de cada entidad en los mismos términos en que se realizan las transferencias federales del Sistema. En el caso de que la intervención haya sido realizada por un prestador distinto a los SESA, el pago se hará directamente por la Comisión al prestador del servicio. En este último caso, el prestador deberá expedir un recibo institucional de la transferencia del recurso en donde se especifique el Banco, los datos de la cuenta bancaria con la Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), la cantidad a pagar y los casos a cubrir.

Las unidades médicas deberán mantener en el expediente, todos los documentos clínicos y una copia de la póliza de afiliación relacionados con el caso por un plazo de 5 años, contados a partir de la última atención otorgada. La Comisión podrá solicitar cualquier información adicional de los casos cuyo reembolso haya sido solicitado.

La Comisión no cubrirá las intervenciones cuya información requerida para su validación no sea proporcionada; los casos en que la calidad de la información recibida no permita su adecuada validación; y, cuando durante el proceso de validación, se determine la improcedencia del reembolso. La DGGSS informará a los Regímenes Estatales u otros prestadores de servicios los casos en los cuales no haya procedido el pago, en un plazo no mayor de 15 días hábiles después de notificado el caso.

Para el pago de intervenciones del SMNG realizadas durante el 2008, se seguirá el mismo procedimiento descrito, debiendo presentar los Regímenes Estatales la totalidad de la información correspondiente antes del 31 de enero del 2009.

5.3.3 Pago por prestación de servicios no otorgados por los SESA

Estos pagos se realizarán con el procedimiento y la periodicidad que señalen los convenios que para dichos efectos se suscriban con las instituciones de salud participantes del Programa.

5.3.4 Pago de vacunas

Para la adquisición de vacunas, la Comisión transferirá los recursos al CENSIA, con base en la solicitud fundamentada de este Centro y la disponibilidad presupuestal. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos será responsabilidad del CENSIA. Asimismo, dicho Centro será el responsable de establecer los procedimientos administrativos y operativos necesarios para su adquisición, distribución y aplicación en las mejores condiciones posibles, en cuanto a la calidad, precio, seguridad y oportunidad en el abasto de las mismas, con apego a las disposiciones normativas aplicables, e informará trimestralmente a la Comisión lo siguiente:

- Estrategia y programa de aplicación de las vacunas;
- Estado del ejercicio de los recursos transferidos;
- Resultado del proceso de adjudicación y costos;
- Distribución por entidad federativa; y,
- Relación por municipio y localidad de las vacunas aplicadas.

Una vez que se adquieran la totalidad de las vacunas programadas y se tengan remanentes presupuestales, éstos deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación de forma inmediata dando aviso a la Comisión, de conformidad con las disposiciones presupuestarias aplicables.

5.3.5 Tamizaje auditivo, para la detección de niños con hipoacusia severa y profunda

Para la adquisición de los equipos y su distribución a las entidades federativas, la Secretaría de Salud ejercerá, a través de su unidad administrativa competente, los recursos correspondientes y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud será la responsable de realizar los procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de estas actividades, atendiendo a las disposiciones normativas aplicables, e informará trimestralmente a la Comisión lo siguiente:

- Estrategia y programa de asignación de los recursos;
- Estado del ejercicio de los recursos transferidos;
- Resultado del proceso de adjudicación y costos;
- Distribución por entidad federativa; y
- Relación de hospitales con equipo transferido.

Los SESA, a través de los Regímenes Estatales, informarán semestralmente a la Comisión sobre el número total de pruebas realizadas, en correspondencia con la población beneficiaria del Programa, de acuerdo con los formatos que establezca la Comisión.

Una vez que se adquieran la totalidad de los equipos y se tengan remanentes presupuestales, éstos deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación de forma inmediata dando aviso a la Comisión.

5.3.6 Implantes cocleares para niños con hipoacusia severa y profunda

Para la adquisición de los implantes, la Comisión transferirá los recursos a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, con base en la solicitud fundamentada de esta Subsecretaría y la disponibilidad presupuestal. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos será responsabilidad de la misma. Asimismo, dicha Subsecretaría será la responsable de establecer los procedimientos administrativos y operativos necesarios con apego a las disposiciones normativas aplicables, e informará trimestralmente a la Comisión lo siguiente:

- Relación nominal de pacientes beneficiados;
- Estado del ejercicio de los recursos transferidos;

Una vez que se adquiera la totalidad de los implantes cocleares programados y se tengan remanentes presupuestales, éstos deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación de forma inmediata dando aviso a la Comisión.

5.3.7 Apoyo para la capacitación y reforzamiento del personal que impartirá los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud y para apoyar la instrumentación de los mismos.

Se transferirán los recursos a las entidades federativas con base en los criterios específicos de otorgamiento y aplicación de los recursos establecidos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en coordinación con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud según se indica en el numeral 5.2.6.

5.3.8 Fortalecimiento de la red de frío

Para el fortalecimiento de la red de frío, la Comisión transferirá los recursos al CENSIA, con base en la solicitud fundamentada de este Centro, la disponibilidad presupuestal y sujeta a la valoración por la Comisión con base en un diagnóstico específico por entidad federativa que deberá acompañar la citada solicitud. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos será responsabilidad del CENSIA. Asimismo, dicho

Centro será el responsable de establecer los procedimientos administrativos y operativos necesarios para su adquisición, distribución y aplicación, con apego a las disposiciones normativas aplicables, e informará trimestralmente a la Comisión lo siguiente:

- Estrategia y programa de aplicación de los recursos;
- Estado del ejercicio de los recursos transferidos;
- Resultado del proceso de adjudicación y costos;
- Distribución por entidad federativa; y

Una vez que se cumplimente el programa de fortalecimiento de la red de frío y se tengan remanentes presupuestales, éstos deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación de forma inmediata dando aviso a la Comisión.

5.3.9 Apoyo para la instalación y/o operación de módulos de afiliación

La transferencia de los recursos a que se refiere el numeral 5.2.9, se realizará con la misma periodicidad que los recursos del sistema.

5.4 De los recursos no devengados

Los recursos del SMNG que no hayan sido destinados a los fines autorizados y aquellos que al cierre del ejercicio no se hayan devengado, deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación de conformidad con las disposiciones presupuestarias aplicables.

5.5 Identificación de beneficiarios

Los Regímenes Estatales realizarán acciones de difusión del Programa e identificarán a los potenciales beneficiarios a través de los MAO del Sistema y los gestores de servicios de salud, conforme a los lineamientos que emita la Comisión.

5.6 Selección de beneficiarios

Serán beneficiarios del SMNG todos los niños mexicanos, nacidos a partir del 1o. de diciembre del 2006 que estén afiliados al Sistema. El procedimiento de incorporación de las familias; así como el procedimiento de alta de recién nacidos en el caso de familias afiliadas se regirá por las disposiciones jurídicas aplicables.

5.7 Padrón de beneficiarios

Para la instrumentación y operación del SMNG, se integrarán al Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema los componentes que resulten necesarios a fin de estar en posibilidad de registrar y generar la información específica de los beneficiarios del Programa. El Padrón será integrado y administrado de conformidad con las disposiciones establecidas en los Lineamientos.

La Comisión, a través de la Dirección General de Afiliación y Operación, será responsable de mantener el padrón nacional actualizado, con altas y bajas, identificando a los beneficiarios por localidad, municipio y entidad federativa, de acuerdo a las claves del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Para tales efectos, los Regímenes Estatales deberán remitir en un plazo no mayor a 10 días naturales posteriores al cierre de cada mes, la información relativa a las altas y bajas de los beneficiarios del Programa.

El padrón será publicado de acuerdo a lo previsto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

5.8 Prestación de servicios

5.8.1 Organización de los servicios

Los SESA, a través de los Regímenes Estatales garantizarán la prestación de los servicios de salud. Estos podrán prestarse de forma directa a través de los establecimientos para la atención médica de los SESA o de forma indirecta a través de los establecimientos para la atención médica de otras entidades federativas o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud. La prestación indirecta de los servicios de salud a los beneficiarios del Programa entre entidades federativas, se realizará por medio de los sistemas de referencia y contra-referencia. La prestación de servicios por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud se hará previo Convenio con la Comisión y las autoridades estatales y de acuerdo a los sistemas de referencia y contra-referencia establecidos en dichos convenios.

Para garantizar el carácter integral de los servicios, los Regímenes Estatales considerarán los establecimientos para la atención médica en términos de redes de servicios, es decir, en las zonas geodemográficas que los SESA deberán establecer en función de referencias étnicas, culturales, económicas, políticas, sociales, ambientales y de desarrollo comunes de la población, mediante las cuales se garantice la continuidad de cuidados, el máximo nivel de resolución en atención primaria, la provisión de medicamentos y la especialización de los profesionales de la salud.

Las redes de servicios que atiendan a los beneficiarios del SMNG, deberán estar supeditadas orgánicamente a las jurisdicciones sanitarias y conformarse con la cantidad y distribución de centros de salud de primer nivel existentes para brindar una atención cercana y oportuna a los beneficiarios. Dichas unidades

deberán estar vinculadas con una unidad médica de segundo nivel de atención que obligatoriamente deberá servir de primera referencia para la prestación de los servicios de salud en las especialidades básicas, así como contar con mecanismos establecidos para el envío de pacientes a las unidades médicas que proporcionen los servicios en las demás especialidades de la medicina que comprenden el conjunto de atenciones que garantizan el SMNG y el Sistema.

En la prestación de servicios a los beneficiarios del SMNG se considerará como:

- a) Unidad de primer nivel de atención, a los centros de salud y unidades médicas móviles a través de las cuales se proporcionen los servicios de medicina familiar o general, consistentes en la atención integral y continua a las necesidades de salud de los beneficiarios y sus familias; así como las acciones de tipo preventivo de las citas programadas;
- b) Unidad de segundo nivel de atención, a los establecimientos de salud, incluyendo los hospitales generales y de especialidades, en donde se atiende a los beneficiarios del SMNG que les sean remitidos o se presenten para recibir los diagnósticos y tratamientos, así como los cuidados, servicios e insumos necesarios para la resolución de sus problemas de salud; y
- c) Unidad de tercer nivel, a los establecimientos de alta especialidad, incluidos los institutos nacionales, los hospitales regionales de alta especialidad y las unidades de especialidades médicas que cuenten con la capacidad tecnológica y máxima capacidad de respuesta diagnóstica y terapéutica.

5.8.2 Acceso a los establecimientos de salud

El acceso de los beneficiarios a los establecimientos de primer nivel, se realizará de conformidad al programa de visitas médicas establecido en el apartado de corresponsabilidades de estas Reglas, así como por indicaciones del médico tratante o por necesidad percibida por el padre o madre o tutor del beneficiario. Los padres o tutores deberán llevar al menor a la unidad de atención primaria con su médico responsable de la atención del niño y de la familia.

El acceso de los beneficiarios a los establecimientos de segundo y tercer niveles, deberá efectuarse mediante el sistema de referencia y contra-referencia, salvo en los casos de continuidad de un tratamiento previamente ordenado por el personal médico del establecimiento al que asistan, así como en los casos de urgencia médica real o percibida y cuando se ejerza el derecho a contar con una segunda opinión médica.

5.8.3 Criterios para la atención médica de la población beneficiaria

Los Regímenes Estatales asignarán a cada niño y su familia una unidad de salud, que será responsable de su atención primaria.

A través de la cita programada el beneficiario deberá asistir a su programa de visitas médicas preventivas de acuerdo a lo establecido en la Sección 4.6.2. En los casos de necesidad de recibir los servicios de atención curativa, deberá presentarse en el centro de salud al que se encuentre adscrito, en el día y el horario definido para los servicios de consulta externa, preferentemente mediante cita previa, o bien en el área de urgencias de la unidad de primera referencia del segundo nivel de atención.

Los niños beneficiarios del SMNG que acudan a alguna de las unidades mencionadas en el párrafo anterior, siempre deberán estar acompañados por sus padres, sus tutores o algún familiar mayor de edad. Se deberá presentar invariablemente en todas las visitas la Cartilla Nacional de Salud Niños y niñas de 0 a 9 años (Cartilla Nacional de Vacunación) y su Póliza de Afiliación al Sistema. El personal de los MAO y/o de trabajo social en los hospitales serán los responsables de verificar la vigencia de derechos del beneficiario.

La atención a los beneficiarios del SMNG, se iniciará desde el momento en que concierten una cita con su médico o en los servicios de estomatología, trabajo social, nutrición o de apoyo psicológico, así como en el momento en que se presenten en la unidad de atención a urgencias del establecimiento de segundo o tercer nivel al que acudan. Las citas médicas podrán ser concertadas directamente con el médico responsable de la atención del niño y de la familia o la persona que proporcione los otros servicios citados o con el personal encargado de dichas funciones, pudiendo utilizar, además, los medios que para estos fines operen dentro de los SESA.

El médico responsable de la atención del niño y de la familia con apoyo de la asistente de consultorio o enfermera será responsable de la aplicación de los procedimientos de gestión de servicios: programación de citas preventivas y de consulta; referencia de pacientes a servicios de urgencias, interconsulta u hospitalización; expedición y surtimiento de receta médica; y, solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete.

El personal de las unidades médicas que presten servicios a los afiliados al SMNG deberán ofrecerles, en forma cortés y respetuosa, las orientaciones e información necesaria para facilitar su acceso a los servicios que les proporcionan.

Durante cualquier actividad de consulta médica o atención a urgencias, los médicos tratantes y demás personal responsable deberán requerir al familiar que acompañe al menor beneficiario, la información necesaria y suficiente para determinar un diagnóstico acertado de sus problemas de salud. El familiar acompañante estará obligado a proporcionar esta información en forma veraz y clara. En las unidades médicas a las que se encuentren adscritos beneficiarios de habla indígena, se deberá contar con personal

médico bilingüe o personal de apoyo que conozca el lenguaje de los pacientes y auxilie al médico tratante durante el proceso de atención.

Si durante el proceso de atención, se requiere de la valoración física del paciente, ésta deberá realizarse, independientemente de su sexo o edad, ante la presencia del personal de apoyo o del personal de enfermería del centro de salud o la unidad médica a la que se asista o, en su caso, de un familiar del paciente.

Cuando el médico determine en el proceso de consulta la necesidad de que el beneficiario sea atendido por otro médico de la propia unidad o de las unidades de referencia dentro de la red de servicios, el beneficiario será enviado a interconsulta o a la unidad de urgencias para su atención inmediata, utilizando para ello el sistema de referencia y contra-referencia, de tal forma que una vez concluida esta atención, el beneficiario quede a cargo del médico responsable de la atención del niño y de la familia o del médico familiar, en su caso.

Cuando el médico responsable de la atención del niño y de la familia o médico familiar requiera una interconsulta con un especialista para la evaluación de su paciente, debe solicitarlo con el Formato de Referencia, que deberá entregar al beneficiario. El beneficiario habrá de presentar este formato ante el especialista para recibir la atención (referencia). Una vez recibido el formato, el médico especialista deberá programar y realizar la evaluación del paciente y determinar, en su caso, un tratamiento. Posteriormente, deberá enviarlo de regreso con el médico responsable de la atención del niño y de la familia o médico familiar para que le dé seguimiento (contra-referencia).

Los familiares del menor beneficiario serán corresponsables de los cuidados en el hogar que requiera el menor beneficiario, debiendo observar estrictamente las indicaciones del médico tratante, en cuanto a terapéutica médica, régimen alimenticio, reposo y demás órdenes que les prescriba.

Los padres, familiares o tutores de un niño afiliado al SMNG tendrán en todo momento el derecho a una segunda opinión con respecto a la salud del menor, la cual podrá ser solicitada al médico tratante que los atiende o al médico responsable de la atención del niño y de la familia o médico familiar, quienes deberán enviarlo para estos efectos a otro médico de la unidad o de otra de las unidades de la red de servicios a la que pertenecen. En estos casos, el médico tratante tendrá la obligación de proporcionar toda la información y los estudios clínicos que le permitieron determinar su propio diagnóstico. Además, tendrán el derecho a decidir libremente sobre su atención y a contar con información clara, veraz y suficiente para aceptar o rechazar los tratamientos y procedimientos que les fuesen prescritos. También tendrán el derecho los padres o tutores, en caso de así decidirlo, de solicitar esta nueva opinión de manera directa y sin conocimiento del médico tratante.

La atención hospitalaria de los afiliados al SMNG se sujetará a los procedimientos vigentes en las unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención, requiriendo necesariamente el consentimiento informado del padre, tutor o del familiar que acompañe al paciente.

5.8.4 Servicios de laboratorio y gabinete

Para acceder a este servicio el beneficiario debe presentarse al laboratorio de análisis clínicos o al gabinete de imagen con la orden de servicio firmada por el médico solicitante y su póliza de afiliación vigente. Por su parte, estos prestadores deberán solicitar al beneficiario su identificación y Póliza de Afiliación vigente del Sistema y solicitar la firma de conformidad de la persona que recibe el servicio.

Si la solicitud fue realizada por el médico responsable de la atención del niño y de la familia o médico familiar, los estudios solicitados deberán de entregarse al paciente para que los presente en su siguiente cita. En el caso de estudios especializados de gabinete, éstos deberán de contemplar una opinión médica o técnica por parte del radiólogo o persona responsable de los mismos con el objeto de auxiliar al médico en su diagnóstico.

5.8.5 Suministro de medicamentos

El médico tendrá a su disposición un cuadro básico de medicamentos, que incluye en su gran mayoría medicamentos genéricos, y proporcionará al paciente una receta con el fondo y la forma que se haya dispuesto oficialmente. El beneficiario deberá acudir a la farmacia de la unidad de salud o a la farmacia convenida, con la receta correspondiente. Contra dicha receta se le entregarán al paciente al menos el 90 por ciento de los medicamentos en un máximo de 5 días naturales, quedando una copia de la receta en la farmacia y otra en manos del afiliado para que consulte las dosis y horarios de prescripción de los medicamentos. El número de cajas o unidades de los medicamentos prescritos deberá estar en relación al tipo de padecimiento y a la programación de la siguiente cita del enfermo.

5.8.6 Servicios de cirugía programada

Cuando el beneficiario requiera de alguna intervención quirúrgica programada, el paciente deberá de llevar al hospital la orden de referencia de su médico dirigido al especialista solicitado, quien de manera conjunta con el Gestor de Servicios de Salud y las autoridades administrativas del hospital programarán la fecha del evento solicitado.

Al paciente se le realizarán todos los estudios preoperatorios y de apoyo diagnóstico que se requieran y que se encuentren definidos en el catálogo de los protocolos de las intervenciones del SMNG o, en su caso,

del CAUSES o del FPGC. Debe informarse al beneficiario sobre los servicios que cubre y no cubre el SMNG o el Sistema y que pueden ser cobrados a través de cuotas de recuperación o tarifas.

5.8.7 Servicios de urgencia

A todo usuario se le otorgará atención inmediata en caso de urgencia por lo que durante el proceso de afiliación se le informará de cuál es el hospital general que le corresponde. Una vez que se ha estabilizado al paciente, sus padres o tutores deberán presentar la Póliza de Afiliación al Sistema, sobre todo en caso de que requiera de un manejo quirúrgico u hospitalización con la finalidad de evitar el pago de cuotas de recuperación.

La atención de urgencia incluye los medicamentos y auxiliares de diagnóstico requeridos para el enfermo durante su estancia hospitalaria descritos en el CAUSES explícito y en el catálogo del SMNG.

No se cubrirán los servicios de traslados del paciente ni alojamiento en el hospital para los familiares.

5.8.8 Servicios de hospitalización

Los beneficiarios que requieran de servicios de hospitalización deberán provenir de consulta externa, urgencias o quirófano. En caso de llegar a través de la consulta externa, el beneficiario debe presentarse al hospital con una orden de referencia del médico tratante que haya sido autorizada por las autoridades del hospital. Para agilizar este procedimiento es conveniente que el afiliado realice todos sus trámites bajo la tutela del Gestor de Servicios de Salud con objeto de que el servicio sea rápido y eficiente.

Al ser dado de alta el paciente deberá acudir a su centro de salud con la contrarreferencia proporcionada por el médico tratante, para dar seguimiento de su padecimiento y, en su caso, para que le proporcionen los medicamentos necesarios. No se cubrirá el traslado del paciente ni alojamiento para los familiares en el hospital.

5.8.9 Expediente clínico

Los beneficiarios del SMNG tendrán derecho a contar con un expediente clínico individual impreso o electrónico que incluya su historia clínica y todos los requisitos de fondo y forma de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables. El personal responsable de su atención, estará obligado a dejar constancia en dicho expediente y en los formatos que le señale la Secretaría, sobre los servicios y atenciones que les fuesen proporcionados, así como de su evolución biométrica.

En el expediente clínico se hará constar la calidad de afiliado al SMNG que tiene el paciente y se incluirá el número de afiliación que le corresponda.

La información contenida en el expediente clínico de los beneficiarios del SMNG tendrá el carácter de confidencial y reservado de acuerdo a la normatividad aplicable. Los padres o tutores de los niños beneficiarios del SMNG tendrán el derecho a recibir, de parte del centro de salud de su adscripción o de la unidad de segundo y tercer nivel a la que acudan, la información contenida en el expediente clínico del menor a su cargo.

5.8.10 Sobre la prestación indirecta de servicios médicos

Los Regímenes Estatales podrán celebrar convenios para la utilización de infraestructura con los establecimientos para la atención médica de otras entidades federativas o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, en apego al "Convenio Marco de Colaboración y Coordinación en materia de prestación de servicios médicos y compensación económica entre entidades federativas por la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran los Servicios Estatales de Salud de las treinta y un entidades federativas y del Distrito Federal, y la Secretaría de Salud", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de marzo del 2008. Sin perjuicio de lo anterior, los prestadores de servicios deberán de cumplir con los requisitos de prestación de servicios publicados el 30 de junio de 2008 en la página de Internet de la Comisión.

5.8.11 Garantías en la calidad

Los médicos de los SESA, serán directa e individualmente responsables de los diagnósticos y tratamientos de los beneficiarios del SMNG que atiendan durante su jornada laboral. De la misma manera, las enfermeras, el personal técnico de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en la atención de los beneficiarios, será responsable de los servicios que cada uno de ellos proporcione, debiendo conducirse con base a los estándares éticos y profesionales establecidos por la Secretaría.

Sin perjuicio de lo establecido en la regla 5.3.2, los establecimientos que presten servicios a los beneficiarios del SMNG deberán estar debidamente acreditados por la Secretaría, con objeto de brindar certidumbre respecto a la capacidad, seguridad y calidad en la prestación de los servicios. La acreditación corroborará condiciones fundamentales de gestión y resultados de calidad.

La acreditación se documentará mediante el dictamen correspondiente de la Secretaría y constituirá un requisito para que los prestadores de servicios sean incorporados a la red de atención médica del Régimen Estatal.

Asimismo, los Regímenes Estatales estarán obligados a instrumentar las medidas necesarias para que los medicamentos y auxiliares de diagnóstico que les sean prescritos a los beneficiarios del SMNG, se surtan de manera oportuna y completa, ya sea en la propia unidad médica donde se haya emitido la receta o la orden respectiva o, en su caso, en las unidades o empresas con las que se suscriban convenios o contratos específicos en esta materia.

6. Informes Programáticos Presupuestales

6.1 Programación del gasto

Para la programación de los recursos destinados al SMNG, la Secretaría deberá considerar en su anteproyecto de presupuesto que someta a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), para su posterior integración y aprobación de la H. Cámara de Diputados para el ejercicio fiscal correspondiente, los recursos para la operación del Programa, incorporando las previsiones de gasto público que permitan garantizar el cumplimiento en tiempo y forma de los objetivos y metas del Programa, y la continuidad de las acciones integrales.

En caso de que la Comisión detecte que el presupuesto asignado al Programa, sea insuficiente para garantizar su operación integral, lo notificará por escrito a la SHCP.

La coordinación con otros programas implica únicamente la vinculación de estrategias y acciones, así como el intercambio de información y en ningún caso la transferencia de recursos, salvo en los casos de vacunas y de implantes cocleares a que hacen referencia los apartados 5.2.4 y 5.2.6 de estas Reglas.

6.2 Ejercicio del gasto

La Comisión deberá instrumentar los registros y controles específicos que aseguren la correcta aplicación de los recursos destinados al Programa, de conformidad a las disposiciones establecidas en el PEF, en la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y demás normatividad vigente aplicable.

Las entidades participantes en el Programa, según corresponda, informarán a la Comisión sobre el avance en la aplicación de los recursos de acuerdo a los siguientes lineamientos:

i) Las instancias ejecutoras (entidades federativas) deberán aplicar los recursos que les sean transferidos por la Comisión en términos de este Programa al propósito para los cuales fueron otorgados y rendir cuentas trimestralmente a la Comisión a través del formato establecido para ello.

ii) La entidad federativa deberá expedir un recibo de comprobación de ministración de fondos en hoja membretada firmado por el Secretario de Salud, el Director Administrativo y el Titular del Régimen Estatal y/o Responsable del Programa, por el importe de cada depósito y remitirlo a la Comisión en un plazo máximo de 30 días naturales después de recibidos los recursos; de lo contrario se suspenderá la transferencia de recursos a la entidad federativa de acuerdo a lo establecido en el numeral 7 de estas Reglas.

iii) La rendición de cuentas del ejercicio del presupuesto del Programa se deberá comprobar únicamente a través del formato CNPSS-SMNG-001 denominado "Formato de Comprobación por Partida de Gasto" (incluido en el Anexo 6 de estas Reglas), con firmas originales del Secretario de Salud, el Director Administrativo y el Titular del Régimen Estatal y/o Responsable del Programa en la entidad federativa, en el cual se anotarán los datos de los documentos comprobatorios.

Cabe hacer mención que se deberán relacionar sólo los gastos erogados y comprobar que la documentación comprobatoria reúna los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones jurídicas aplicables. Los recibos por servicios prestados deberán expedirse en términos de dichas disposiciones.

La documentación original comprobatoria quedará a resguardo de las entidades federativas ejecutoras del Programa, bajo su estricta responsabilidad y custodia, a través de la Secretaría de Finanzas (o su equivalente), hasta en tanto la misma le sea requerida por esta Dependencia del Ejecutivo Federal y, en su caso por la SHCP y/o los órganos fiscalizadores competentes de la Secretaría de la Función Pública (SFP), así como la información adicional que estas últimas le requieran.

iv) La entidad federativa deberá enviar trimestralmente a la Comisión, avances de las aplicaciones por partida de gasto, en correspondencia a las radicaciones de recursos aprobados del Programa, de tal manera que al cierre del ejercicio fiscal queden sólo por comprobar los recursos que correspondan a los dos últimos meses y, concluir la comprobación en el primer trimestre del siguiente ejercicio fiscal.

La entidad federativa deberá enviar mediante oficio el formato original de comprobación (CNPSS-SMNG-001), en el cual se especificará la partida y el importe comprobado y remitir dicha información a la Dirección General de Financiamiento de la Comisión.

v) Corresponderá a la Comisión dar seguimiento al ejercicio de los recursos hasta el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos del Programa.

6.3 Avances físico-financieros

La Secretaría y la Comisión serán responsables en su ámbito de competencia, de asegurar que la programación, presupuesto, control y evaluación del gasto público estén sujetos a sistemas de control

presupuestario, los cuales serán de aplicación y observancia obligatoria conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

La Comisión formulará y enviará trimestralmente, a través de la Secretaría, a la Cámara de Diputados el reporte de avances físico-financieros sobre el presupuesto ejercido, así como informes sobre el cumplimiento de las metas y objetivos con base en los indicadores de desempeño previstos en estas Reglas de Operación, y los correspondientes a los convenios específicos firmados con instituciones del Sistema Nacional de Salud para la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del SMNG.

6.4 Cierre del ejercicio

Considerando que la Secretaría a través de la Comisión prevé dentro de su presupuesto la totalidad de recursos para este Programa, la Comisión será la responsable de integrar con precisión los resultados correspondientes al avance físico-financiero alcanzado, así como la información que complemente la descripción del logro de metas y objetivos.

7. De la Suspensión y la Cancelación de los Apoyos del Programa

La Comisión, estará facultada para retener o suspender los pagos correspondientes a los apoyos para la operación del Programa a los que se refieren los incisos a y b de la sección 5.2 de estas Reglas, en los siguientes casos:

- a) Cuando las entidades federativas no entreguen, en tiempo y forma, la documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos como se establece en el numeral 6.2 de estas Reglas;
- b) Cuando se detecte un incumplimiento en la provisión de los medicamentos a los beneficiarios del Programa en los tiempos y formas establecidos en el punto 5.8.5 de estas Reglas;
- c) Cuando se detecte que los beneficiarios no cuentan con un expediente clínico o éste no cumple con los requisitos establecidos en el punto 5.8.9 de estas Reglas;
- c) Cuando no se cumpla en el trimestre de referencia, al menos con el 75 por ciento de la meta de afiliación al SMNG de familias nuevas, así como de la meta de altas de recién nacidos en familias previamente afiliadas al Sistema, conforme a las metas establecidas en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema, suscrito con cada entidad federativa;
- e) Cuando se determinen inconsistencias de información en los registros de familias con beneficiarios del SMNG que integran las bases de datos del Padrón Nacional de Beneficiarios que remitan los Regímenes Estatales a la Comisión, en un porcentaje mayor al 15 por ciento en relación al total de registros vigentes, para cada trimestre de referencia; y
- g) Cuando se identifiquen irregularidades en los registros de información que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios y/o en la integración de expedientes familiares y/o en las visitas domiciliarias, durante los procesos de supervisión operativa realizados a los Regímenes Estatales por la Comisión, o bien, se obstaculicen dichas visitas durante los procesos de supervisión, en cuyo caso deberán establecerse por escrito los plazos de cumplimiento.

Para proceder a la suspensión y, en su caso, cancelación de los apoyos del Programa, la Comisión, a través de la Dirección General que corresponda por el ámbito de sus responsabilidades, notificará por escrito a la entidad federativa sobre la situación irregular de que se trate, estableciendo un plazo perentorio para su corrección y advirtiéndole que vencido éste se procederá a lo conducente. De no corregirse la situación, la Dirección General de Financiamiento, a petición de las Direcciones Generales de la Comisión, según sea la causal, procederá a la suspensión o cancelación de los apoyos y notificará por escrito a la entidad federativa sobre la decisión tomada.

En el caso de que no se corrijan satisfactoriamente los registros en los que se hayan detectado inconsistencias a las que se refiere el inciso e), conforme a lo dispuesto en los Lineamientos, así como cuando no se cumpla satisfactoriamente con los plazos de cumplimiento a que se refiere el inciso f), las entidades federativas deberán reembolsar los recursos transferidos correspondientes a los registros identificados por los apoyos a los que se refiere el numeral 5.2.1, y en su caso, a los que se refiere el 5.2.2 de estas Reglas, o bien la Comisión podrá descontar estos montos de transferencias futuras de recursos con cargo a este Programa.

Asimismo, en el caso de las intervenciones cubiertas por reembolso, descritas en el punto 5.2.2 de estas Reglas, la Comisión podrá exigir la restitución de los recursos transferidos por las intervenciones que hayan sido detectadas como irregulares a través de una auditoría médica, una visita de supervisión o una revisión aleatoria, en las que se detecte que tales intervenciones no fueron realizadas o existen alteraciones en el expediente médico, la nota de seguimiento de la salud del paciente o en el alta del mismo. Esta restitución podrá ser mediante el reintegro a la Comisión del monto correspondiente o bien mediante el descuento del monto de los subsecuentes envíos de recursos.

8. Seguimiento Operativo y Control y Auditoría

8.1 Seguimiento operativo

El Programa cuenta con un esquema de seguimiento operativo que permite obtener información detallada sobre el estado de la operación a través de la generación y análisis de indicadores, con el propósito de apoyar la toma de decisiones; detectar y resolver oportunamente problemas y desviaciones operativas; e, implementar, en su caso, acciones de mejora continua en los procesos operativos.

La información de los resultados operativos de cada entidad federativa provendrá tanto de los distintos sistemas de información institucionales como de encuestas u otras herramientas de evaluación aplicadas a la población beneficiaria del Programa y a los participantes en las unidades de servicio. Estas últimas son la fuente para la conformación de indicadores con temas relacionados con la provisión de servicios médicos, realización de estudios y entrega de medicamentos; así como sobre la percepción de la calidad de la atención; constituirán un insumo fundamental para la consolidación y mejora operativa del Programa.

Asimismo, en los términos que establezca la Comisión se podrán llevar a cabo las acciones conducentes para la identificación de los beneficiarios del programa, su afiliación y para la obtención de certificados de nacimiento, actas de nacimiento y CURP de los mismos, así como para la sistematización de la información correspondiente.

El monto total que se destine a estos propósitos, así como a la aplicación de encuestas y a la evaluación, no podrá superar el 2 por ciento del presupuesto total del Programa.

Algunos de los indicadores de seguimiento operativo serán los siguientes:

Existencia de sistema de información	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de información homogéneos en las unidades médicas • Expediente médico • Sistema de citas
Acceso a servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de servicios ambulatorios y hospitalarios en congruencia con la población afiliada.
Coordinación y continuidad	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia del sistema de referencia y contra-referencia
Provisión de servicios preventivos	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de procesos de atención preventivos para: <ul style="list-style-type: none"> o medición del estado nutricional o detección de hipotiroidismo o detección de agudeza auditiva o vacunación por grupo de edad o suplementación de hierro en menores de 1 año o administración de Vitamina A o promoción de la terapia de hidratación oral en la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) • Disponibilidad de insumos para la provisión de servicios preventivos • Disponibilidad de personal de salud para realizar las actividades preventivas
Calidad de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de guías de práctica clínica • Existencia de criterios para evaluar la competencia técnica en padecimientos seleccionados: infecciones respiratorias agudas, diarrea

8.2 Indicadores de eficacia y calidad

Los indicadores de eficacia y calidad del Programa son los siguientes:

Nombre	Acceso a beneficios del SMNG
Objetivo	Medir la eficacia del Programa
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de casos atendidos en 2009}}{\text{Número de casos atendidos en 2008}} \times 100 = \text{-----} \%$
Frecuencia de medición	Anual
Medios de verificación	Informe de resultados del SPSS
Supuestos	Se presente un comportamiento estable del perfil epidemiológico. Exista la voluntad de los afiliados de asistir a los servicios médicos.

Nombre	Apoyo a la sobredemanda de servicios
Objetivo	Medir eficacia del programa

Método de cálculo	$\frac{\text{Número de cápitas transferidas}}{\text{Número de niños afiliados}} \times 100 = \text{-----}\%$
Frecuencia de medición	Anual
Medios de verificación	Sistema de Administración del Padrón (SAP) del SPSS Dirección General de Financiamiento de la CNPSS
Supuestos	Voluntad de la población para afiliar a los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006

Nombre	Niños afiliados
Objetivo	Medir eficacia en afiliación
Método de cálculo	$\frac{\text{Niños afiliados en el año al SMNG}}{\text{Niños programados a afiliar en el año}} \times 100 = \text{-----}\%$
Frecuencia de medición	Anual
Medios de verificación	Sistema de Administración del Padrón (SAP)
Supuestos	Exista la voluntad de la población para afiliar a los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 al SMNG.

Nombre	Ejercicio del presupuesto del SMNG
Objetivo	Medir la eficacia en el ejercicio del presupuesto
Método de cálculo	$\frac{\text{Presupuesto del SMNG ejercido}}{\text{Presupuesto del SMNG modificado}} \times 100 = \text{-----}\%$
Frecuencia de medición	Anual
Medios de verificación	Informes sobre transferencia de recursos de la Dirección General de Financiamiento de la CNPSS
Supuestos	Voluntad de la población para afiliar a los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006; comportamiento de la morbilidad de acuerdo a lo estimado; cumplimiento del programa de afiliación acordado con las entidades federativas.

Nombre	Transferencia de la cápita
Objetivo	Medir eficacia del programa
Método de cálculo	$\frac{\text{Recursos transferidos por cápita}}{\text{Recursos totales presupuestados por cápita}} \times 100 = \text{-----}\%$
Frecuencia de medición	Anual
Medios de verificación	Informes de la Comisión
Supuestos	Exista la voluntad de la población para afiliar a los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 al SMNG. Cumplimiento con el programa de afiliación acordado con las entidades federativas

Nombre	Protocolos de atención médica del SMNG
Objetivo	Medir la calidad de la atención
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de protocolos elaborados}}{\text{Número de protocolos programados (50)}} \times 100 = \text{-----}\%$
Frecuencia de medición	Anual
Medios de verificación	Informe de resultados del SPSS
Supuestos	No contar con los recursos humanos técnico-especializados y financieros para llevar a cabo esta tarea

8.3 Control y auditoría

Los recursos ejercidos por este Programa podrán ser revisados por la SFP; la SHCP; la Auditoría Superior de la Federación y demás instancias que en el ámbito de sus respectivas atribuciones resulten competentes.

Los resultados serán revisados y atendidos por los diversos sectores y de conformidad a la competencia para resolver los asuntos planteados.

9. Evaluación

Con el objeto de enfocar la gestión del Programa y las acciones complementarias del Sistema al logro de resultados para mejorar las condiciones de salud de los beneficiarios, así como fortalecer la rendición de cuentas y la transparencia en el ejercicio de los recursos, se evaluarán los resultados e impactos del Programa y su operación. La evaluación del Programa será un proceso continuo y sistemático que, conjuntamente con el seguimiento operativo, permitirá instrumentar, en su caso, ajustes en el diseño y ejecución del Programa y de las acciones complementarias del Sistema.

La evaluación es responsabilidad de la Comisión, pero será realizada de forma independiente a los ejecutores del Programa. En términos de las disposiciones jurídicas aplicables, la evaluación será realizada por conducto de expertos, instituciones académicas y de investigación u organismos especializados, de carácter nacional o internacional, con reconocimiento y experiencia en la materia; y su costo se cubrirá con cargo al presupuesto del Programa.

10. Transparencia

Acorde a lo establecido en los artículos 28 y 29 del PEF, las instancias involucradas en el SMNG deberán cumplir, entre otros, con lo siguiente:

- La papelería, documentación oficial, así como la publicidad y promoción que se adquieran para el desarrollo del SMNG deberán contener la leyenda: "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa."
- La Secretaría, por conducto de la Comisión publicará el padrón de beneficiarios del SMNG conforme a lo previsto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- El Programa deberá identificar en su padrón de beneficiarios, en lo posible, con la Clave Unica de Registro de Población. La información que se genere será desagregada, en lo posible, por sexo, grupo de edad, región del país, entidad federativa, municipio o demarcación territorial del Distrito Federal.
- La Secretaría, por conducto de la Comisión, deberá enviar a la Cámara de Diputados, a más tardar el último día hábil de noviembre, la información, los criterios y/o las memorias de cálculo mediante los cuales se determinaron los beneficiarios;
- La Secretaría, por conducto de la Comisión, deberá poner a disposición del público en general un medio de contacto directo, en el cual se proporcione asesoría sobre el llenado de los formatos y sobre el cumplimiento de los requisitos y trámite que deben observarse para obtener los recursos o los beneficios del programa.
- Las reglas de operación, los formatos, las solicitudes y demás requisitos que se establezcan para obtener los recursos o los beneficios del SMNG; los indicadores de desempeño de éste, y los medios de contacto de las unidades responsables del mismo deberán estar disponibles en las páginas de Internet de la Secretaría y de la Comisión.
- Ningún servidor público o personal que participe en la operación del SMNG podrá utilizar el mismo para promover o inducir la afiliación de la población objetivo a determinadas asociaciones o personas morales.
- La Secretaría, por conducto de la Comisión, deberá publicar en su página de Internet los plazos de respuesta a las solicitudes que reciban. Los rechazos deberán estar fundados y motivados.
- La Secretaría, por conducto de la Comisión, procurará que los instrumentos jurídicos que referencia el anexo 8 de estas Reglas, se celebren en condiciones de oportunidad y certeza para beneficio de la población objetivo.

11. Quejas y Denuncias

Las quejas y denuncias vinculadas a la operación del Programa deberán ser canalizadas a las instancias competentes, en los términos de las disposiciones jurídicas, administrativas y reglamentarias aplicables a cada caso.

La Comisión en coordinación con los Regímenes Estatales y en apego a los lineamientos y criterios que determine la SFP realizará acciones tendientes a garantizar la atención oportuna y eficiente de las quejas, denuncias, peticiones o sugerencias que presenten las familias beneficiarias y el público en general. Por ello, la Comisión creó el Sistema Nacional de Atención Ciudadana del Seguro Popular (SINAC), el cual está compuesto por:

- El Centro de Atención Telefónica o Call-Center: es un teléfono lada sin costo 01 800 71 725 83, en donde se reciben preguntas, quejas, sugerencias y comentarios de todo el país referentes al Sistema de Protección Social en Salud; funciona de lunes a viertes de 8:00 a 21:00 horas durante todo el año.
- El Buzón Electrónico Contacto: es un espacio en donde los ciudadanos en general y los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, pueden enviar sus preguntas, quejas, sugerencias y comentarios a través de la página de Internet: www.seguro-popular.salud.gob.mx.

Asimismo, para la atención de la demanda ciudadana existe un Sistema de Atención a la Población, que es operado por los Organos Estatales de Control y la SFP, con la participación de la contraloría interna en la Secretaría, así como las contralorías aplicables de las entidades federativas, y el sistema de atención telefónica de los Organos Estatales de Control y de la SFP.

Los beneficiarios pueden presentar sus quejas, denuncias, peticiones y reconocimientos por tres vías:

- a) Por escrito: Libremente o a través de los formatos establecidos para tal fin, procurando que se proporcione la información indispensable para dar el curso legal respectivo a cada caso, como es el nombre y firma del peticionario, denunciante o quejoso, domicilio, localidad, municipio, entidad federativa, relación sucinta de hechos, fecha, nombre de la persona o servidor público contra quien vaya dirigida la inconformidad y la institución a la que pertenezca o, en su caso, del prestador de servicio. La población podrá presentar sus quejas, denuncias, peticiones y reconocimientos a través de los siguientes medios e instancias:
 - Personalmente o en los buzones que se encuentren instalados en los MAO del Sistema;
 - Personalmente ante las oficinas del Organismo Estatal de Control o ante la Contraloría Interna de la institución de adscripción del servidor público denunciado o responsable de proporcionar el beneficio o ante la contraloría Interna de la Secretaría;
 - Personalmente ante las oficinas de la Comisión; y
 - Personalmente ante las oficinas de los Regímenes Estatales.
- b) Por teléfono, a los números siguientes:
 - 01-800 71 725-83 de la Comisión, en el horario de 8:00 a 21:00 horas, de lunes a viernes;
 - (55) 2000-3100 exts. 3120 y 3121, del Organismo Interno de Control en la Secretaría de Salud;
 - 2000-3000 para el DF y área metropolitana y 01-800-38-624-66 del interior de la República, de Sactel; y
 - A los de los sistemas de atención que operen en cada entidad federativa bajo la dirección de cada Organismo Estatal de Control.
- c) Por medios electrónicos, a través de:
 - La página de Internet de la Comisión: www.seguro-popular.salud.gob.mx;
 - Correo electrónico de Sactel: sactel@funcionpublica.gob.mx.

Los Regímenes Estatales serán los que canalicen y atiendan las quejas presentadas en las entidades federativas, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

De igual manera, el Organismo Estatal de Control, en su ámbito de competencia, canalizará los asuntos de orden estatal directamente a la contraloría interna de la Secretaría, así como a los de competencia de otras instituciones y las relativas a los municipios, informando de ello a la Comisión.

12. Glosario

BENEFICIARIOS	Niños mexicanos nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 que satisficieron los criterios de elegibilidad y los requisitos de las Reglas de Operación
BENEFICIOS	Intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud, padecimientos incluidos en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, e intervenciones aplicables a los niños que no están considerados en ninguno de los conceptos previos.
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud. Relación de intervenciones médicas, medicamentos y servicios cubiertos por el Sistema de Protección Social en Salud, seleccionados en términos de lo dispuesto por las disposiciones jurídicas aplicables.
CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (CENSIA)	Organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa que tiene entre sus funciones coordinar las acciones del Sistema Nacional de Salud en materia de salud de la infancia y la adolescencia y de vacunación para toda la población en el territorio nacional.
COMISION NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD (COMISION)	Organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa cuya función consiste en ejercer las atribuciones que en materia de protección social en salud le otorgan la Ley General de Salud, el Reglamento correspondiente y los demás ordenamientos aplicables.
FONDO DE PROTECCION CONTRA GASTOS CATASTROFICOS	Fondo sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos.

(FPGC)	
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
IMSS-OPORTUNIDADES	Programa del Gobierno Federal, desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el IMSS, que atiende a las personas que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad social, fundamentalmente de población que se localiza en lugares con gran dispersión geográfica, que viven en ambientes de marginación y pobreza extrema, que está expuesta a situaciones de inequidad de género y que presentan rezagos en cuanto a salud reproductiva.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LINEAMIENTOS	Lineamientos para la Afiliación, Operación e Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2005, así como en sus modificaciones y adiciones publicadas en el mismo medio.
MODULOS DE AFILIACION Y ORIENTACION (MAO)	Espacios físicos fijos y móviles con personal capacitado establecidos por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para afiliar a las familias y proporcionarles la información que soliciten sobre trámites y servicios del Sistema de Protección Social en Salud.
PADRON	Relación nominal que contiene los elementos señalados en las disposiciones jurídicas aplicables, de las familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación.
PEF	Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de noviembre de 2008.
POLIZA DE AFILIACION	Documento emitido por el Sistema de Administración del Padrón que sirve como comprobante de incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.
PROGRAMA SMNG	Programa del Seguro Médico para una Nueva Generación.
REGIMENES ESTATALES DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD	Estructuras administrativas, dependientes de los Servicios Estatales de Salud, encargadas de garantizar las acciones de protección social en salud mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona en el Sistema de Protección Social en Salud, las cuales deberán realizar su actividad de manera independiente de la provisión de servicios de salud.
REGLAS DE OPERACION	Disposiciones a las cuales se sujetan determinados programas y fondos federales con el fin de asegurar la aplicación transparente, eficiente, eficaz, oportuna y equitativa de los recursos públicos asignados a los mismos.
SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD	Acciones que en materia de protección social en salud provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (SESA)	Dependencias y entidades de los gobiernos de las entidades federativas, independientemente de la forma jurídica que adopten, que tengan por objeto la rectoría y la prestación de servicios de salud, ya sea que estas funciones se ejerzan de manera consolidada o bien, se provean de manera independiente por diversas dependencias u organismos públicos de los gobiernos de las entidades federativas.

13. ANEXOS

Estas Reglas de operación se complementan con los siguientes anexos:

Anexo 1. Listado de intervenciones médicas cubiertas por el SMNG y sus tabuladores correspondientes;

- Anexo 2. Concepto de gastos no cubiertos por el SMNG;
- Anexo 3. Intervenciones cubiertas por el CAUSES del Sistema para menores de 5 años, en el primer y segundo niveles de atención;
- Anexo 4. Intervenciones cubiertas por el FPGC del Sistema para menores de 5 años;
- Anexo 5. Formato de solicitud de recursos para pago de intervenciones cubiertas por el SMNG;
- Anexo 6. Formato de Comprobación por Partida de Gasto CNPSS-SMNG-001;
- Anexo 7. Formato Declaratoria de Caso;
- Anexo 8. Modelo de instrumento específico para la transferencia de recursos federales.
- Anexo 9. Modelo de Convenio Específico de Coordinación Interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al programa federal denominado Seguro Médico para una Nueva Generación a celebrar por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Delegación correspondiente del IMSS y los Servicios Estatales de Salud.
- Anexo 10. Formato de referencia.
- Anexo 11. Procedimiento de afiliación al Seguro Médico para una Nueva Generación.
- Anexo 12. Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del sistema de protección social en salud.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor el primero de enero del dos mil nueve.

SEGUNDO. Se derogan las disposiciones generales de igual o menor jerarquía que se opongan a lo dispuesto por el presente Acuerdo.

TERCERO. La Secretaría, a través de la Comisión, procederá a elaborar los protocolos de atención médica de las intervenciones cubiertas por el SMNG. Los tabuladores para el pago de las intervenciones contenidas en el Anexo 1, estarán vigentes hasta en tanto no se desarrollen los citados protocolos y se deriven de éstos los tabuladores definitivos, los cuales se publicarán en el Diario Oficial de la Federación y estarán disponibles en la página de Internet de la Comisión.

Hasta en tanto se elaboran estos protocolos, las unidades médicas deberán aplicar sus procedimientos usuales.

CUARTO. Sólo se podrán transferir apoyos por reembolso a que se refiere la Sección 5.2.2, en los casos de unidades médicas acreditadas por la Secretaría. Sin embargo, podrán recibirse solicitudes de apoyo de unidades no acreditadas siempre y cuando cumplan con todos los requisitos de calidad y gestión para la acreditación. El reembolso procederá hasta que la unidad haya sido acreditada.

QUINTO. Las tarifas e importes a los que se hace referencia en la Sección 5.2.3.1 se harán públicos en la página de Internet de la Comisión, a más tardar 10 días hábiles posteriores a la fecha en que hayan sido convenidos con el IMSS e ISSSTE para el ejercicio fiscal 2009.

SEXTO. Los indicadores de desempeño podrán sufrir, en su caso, modificaciones de acuerdo con los comentarios finales que emita el Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL) y estarán disponibles en la página de Internet de la Comisión.

Dado en la Ciudad de México, a los veintitrés días del mes de diciembre de dos mil ocho.- El Secretario de Salud, **José Angel Córdova Villalobos**.- Rúbrica.

Anexo 1. Listado de intervenciones Cubiertas por el SMNG y sus Tabuladores Correspondientes

Núm.	Grupo	Enfermedad	Clave CIE-10	Tabulador
1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Tuberculosis del Sistema Nervioso	A17	\$34,502
2		Tuberculosis Miliar	A19	\$33,604
3		Listeriosis	A32	\$22,322
4		Tétanos neonatal	A33.X	\$53,614
5		Septicemia no especificada (incluye choque séptico)	A41.9	\$40,194
6		Sífilis congénita	A50	\$10,721
7		Enfermedad por citomegalovirus	B25	\$19,728

8		Toxoplasmosis	B58	\$23,501
9	Tumores	Tumor benigno de las glándulas salivales mayores (Ránula)	D11	\$26,576
10		Tumor benigno del mediastino	D15.2	\$65,974
11		Hemangioma de cualquier sitio	D18.0	\$36,516
12		Tumor benigno de la piel del labio	D23.0	\$16,319
13		Tumor benigno del ojo y sus anexos	D31	\$33,357
14		Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	Hemofilia	D66, D67, D68
15		Púrpura trombocitopénica idiopática	D69.3	\$35,923
16	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Intolerancia a la lactosa	E73	\$20,062
17	Enfermedades del sistema nervioso	Parálisis de Bell	G51.0	\$27,005
18		Síndrome de Guillain-Barré	G61.0	\$29,139
19	Enfermedades del ojo	Retinopatía de la prematuridad	H35.1	\$33,836
20	Enfermedades del oído	Hipoacusia neurosensorial bilateral severa y profunda (Prótesis auditiva externa y sesiones de rehabilitación auditiva verbal)	H90.3	\$30,800
21		Implantación prótesis cóclea, rehabilitación postquirúrgica y sesiones de rehabilitación auditiva verbal hasta por cinco años.	20.96 a 20.98 (CIE9 mc)	\$102,913
22	Enfermedades del sistema circulatorio	Miocarditis aguda	I40	\$64,495
23		Fibroelastosis endocárdica	I42.4	\$22,939
24		Insuficiencia cardíaca	I50	\$29,709
25	Enfermedades del sistema respiratorio	Pitórax	J86	\$32,810
26		Derrame pleural no clasificado en otra parte	J90.X	\$35,408
27		Derrame pleural en afecciones clasificadas en otra parte	J91.X	\$25,415
28		Neumotórax	J93	\$24,847
29		Parálisis del diafragma	J98.6	\$25,828
30		Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes	K00
31	Estomatitis		K12	\$12,469
32	Otras obstrucciones intestinales		K56.4	\$30,774
33	Constipación		K59.0	\$11,944
34	Enfermedades de la piel		Síndrome estafilocócico de la piel escaldada (Síndrome de Ritter)	L00.X
35		Quiste epidérmico	L72.0	\$7,269
36	Enfermedades del sistema osteomuscular	Artritis piógena	M00	\$39,851
37		Fascitis necrotizante	M72.6	\$43,656

38	Enfermedades del sistema genitourinario	Síndrome nefrítico agudo	N00	\$23,928	
39		Uropatía obstructiva y por reflujo	N13	\$39,632	
40		Insuficiencia renal aguda	N17	\$33,880	
41		Divertículo de la vejiga	N32.3	\$38,305	
42		Hidrocele y espermatocoele	N43	\$16,739	
43		Torsión del testículo	N44.X	\$18,263	
44		Orquitis y epididimitis	N45	\$17,514	
45		Fístula vesicovaginal	N82.0	\$39,913	
46		Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	P00.0	\$50,951
47	Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de membranas		P01.0	\$17,840	
48					
49	Feto y recién nacido afectados por drogadicción materna		P04.4	\$50,951	
50					
51					
52	Retardo en el crecimiento fetal y desnutrición fetal		P05	\$50,285	
53		Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer	P08	\$17,840	
54		Hemorragia y laceración intracraneal debidas a traumatismo del nacimiento	P10	\$82,672	
55					
56		Otros traumatismos del nacimiento en el sistema nervioso central	P11	\$81,714	
57					
58					
59		Traumatismo del nacimiento en el cuero cabelludo //(incluye cefalohematoma)	P12	\$13,831	
60		Traumatismo del esqueleto durante el nacimiento	P13	\$34,702	
61		Traumatismo del sistema nervioso periférico durante el nacimiento	P14	\$25,905	
62					
63		Otros traumatismos del nacimiento	P15	\$29,872	
64		Hipoxia intrauterina	P20	\$28,134	
65		Asfixia al nacimiento	P21	\$28,757	
66		Taquipnea transitoria del recién nacido	P22.1	\$17,840	
67		Síndromes de aspiración neonatal	P24	\$26,968	
68		Neumomediastino originado en el periodo perinatal	P25.2	\$35,002	
69					
70					

71		Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26	\$35,002
72		Displasia broncopulmonar originada en el periodo perinatal	P27.1	\$35,791
73				
74		Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve	P38.X	\$23,561
75		Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido	P52	\$53,602
76				
77		Enfermedad hemorrágica del feto y del recién nacido	P53.X	\$25,607
78		Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	P55	\$25,045
79				
80				
81		Hidropesía fetal debida a enfermedad hemolítica	P56	\$26,239
		Ictericia neonatal debida a otras hemólisis excesivas	P58	\$24,202
		Ictericia neonatal por otras causas y las no especificadas	P59	\$15,392
		Coagulación intravascular diseminada en el feto y el recién nacido	P60.X	\$44,559
		Policitemia neonatal	P61.1	\$20,293
		Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido	P70	\$20,346
		Trastornos neonatales transitorios del metabolismo del calcio y del magnesio	P71	\$20,112
		Alteraciones del equilibrio del sodio en el recién nacido	P74.2	\$20,112
		Alteraciones del equilibrio del potasio en el recién nacido	P74.3	\$20,112
		Otras peritonitis neonatales	P78.1	\$50,044
		Enterocolitis necrotizante	P77	\$72,503
		Convulsiones del recién nacido	P90.X	\$23,826
		Depresión cerebral neonatal	P91.4	\$35,985
		Encefalopatía hipóxica isquémica	P91.6	\$28,757
82	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Anencefalia	Q00.0	\$13,479
83		Encefalocele	Q01	\$32,387
84		Estenosis y estrechez congénitas del conducto lagrimal	Q10.5	\$14,107
85		Otras malformaciones congénitas del oído (Microtia, macrotia, oreja supernumeraria, otras deformidades del pabellón auricular, anomalía de la posición de la oreja, oreja prominente)	Q17	\$17,615
86				
87				
88				
89		Seno, fístula o quiste de la hendidura branquial	Q18.0	\$16,919
90				

91				
		Malformaciones congénitas de la nariz	Q30	\$16,280
92				
93		Malformación congénita de la laringe (Incluye laringomalacia congénita)	Q31	\$13,664
94				
95		Malformaciones congénitas de la tráquea y de los bronquios	Q32	\$30,492
96				
97		Malformaciones congénitas del pulmón	Q33	\$31,124
98				
99		Otras malformaciones congénitas del intestino (Incluye divertículo de Meckel, Enfermedad de Hirschsprung y malrotación intestinal)	Q43	\$56,446
100				
101		Malformaciones congénitas de vesícula biliar, conductos biliares e hígado (Incluye atresia de conductos biliares y quiste de colédoco)	Q44	\$66,301
102				
103				
104		Páncreas anular	Q45.1	\$36,605
105		Síndrome de Potter	Q60.6	\$46,815
106		Duplicación del uréter	Q62.5	\$29,803
		Riñón supernumerario	Q63.0	\$35,639
		Riñón ectópico	Q63.2	\$35,078
		Malformación del uraco	Q64.4	\$33,842
		Ausencia congénita de la vejiga y de la uretra	Q64.5	\$52,255
		Polidactilia	Q69	\$56,753
		Sindactilia	Q70	\$23,086
		Craneosinostosis	Q75.0	\$120,575
		Hernia diafragmática congénita	Q79.0	\$63,919
		Ictiosis congénita	Q80	\$19,809
		Epidermólisis bullosa	Q81	\$19,984
		Nevo no neoplásico, congénito	Q82.5	\$18,927
		Anormalidades cromosómicas (Diagnóstico)	Q90 – Q99	\$26,446
108	Síntomas y signos generales	Choque hipovolémico	R57.1	\$37,635
109		Traumatismo superficial del cuero cabelludo	S00.0	\$1,458
110				
111	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	Traumatismo intracraneal con coma prolongado	S06.7	\$200,091
112				
		Herida del cuero cabelludo	S010	\$2,916
113		Avulsión del cuero cabelludo	S080	\$34,105
		Herida del tórax	S21	\$20,818
114	Quemaduras y corrosiones	Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo	T203,T213,T223, T233,T243,T253,	\$93,159

			T293,T303	
115	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	Efectos adversos de drogas de afectan principalmente el sistema nervioso autónomo	Y51	\$15,940
116		Efectos adversos de vacunas bacterianas	Y58	\$16,356

Anexo 2. Conceptos de gasto no cubiertos por el SMNG

1	Adquisición de anteojos
2	Cama extra
3	Compra y reposición de prótesis y aparatos ortopédicos, así como pulmón artificial, marcapasos y zapatos ortopédicos
4	Diálisis/hemodiálisis crónica
5	Padecimientos derivados y tratamientos secundarios a radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico
6	Reembolsos médicos de aquellos gastos erogados fuera del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud
7	Insuficiencia renal crónica
8	Renta de prótesis, órtesis y aparatos ortopédicos
9	Sangre y hemoderivados
10	Servicios brindados por programas y campañas oficiales de salud vigentes
11	Servicios de enfermeras y cuidadoras personales
12	Rehabilitación y educación especial para síndromes cromosómicos
13	Traslados en ambulancia aérea
14	Trastornos psiquiátricos mayores que requieran hospitalización
15	Tratamiento dental que requiere servicio de ortodoncia y cirugía maxilofacial, así como prótesis dental
16	Tratamientos en vías de experimentación
17	Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico

Anexo 3. Intervenciones cubiertas por el CAUSES del Sistema para menores de 5 años, en el primer y segundo niveles de atención

No. CAUSES	Conglomerado	Intervenciones	CIE	Clave
1	I Salud pública	Vacuna BCG	CIE 9 MC	99.33
2		Vacuna antihepatitis B	CIE 9 MC	99.41
3		Vacuna pentavalente acelular DPaT+Hib+IPV	CIE 9 MC	99.391
4		Vacuna triple viral SRP	CIE 9 MC	99.48
5		Vacuna contra rotavirus	CIE 9 MC	99.5
6		Vacuna anti-influenza	CIE 9 MC	99.52
7		Vacuna DPT	CIE 9 MC	99.392
8		Vacuna antipoliomielítica oral trivalente tipo Sabin	CIE 9 MC	99.41

9		Acciones preventivas para recién nacido	CIE 10	Z10	
10		Acciones preventivas para menores de 5 años	CIE 10	Z10	
26	II Consulta de medicina general/familiar	Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropriva	CIE 10	D50	
27		Diagnóstico y tratamiento de deficiencia de vitamina A	CIE 10	E50	
28		Diagnóstico y tratamiento de rubéola	CIE 10	B06.9	
29		Diagnóstico y tratamiento de sarampión	CIE 10	B05.9	
30		Diagnóstico y tratamiento de varicela	CIE 10	B01.9	
31		Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda	CIE 10	J02, J03	
32		Diagnóstico y tratamiento de tosferina	CIE 10	A37	
33		Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa	CIE 10	H65	
34		Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda (resfriado común)	CIE 10	J00	
35		Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis	CIE 10	H10	
36		Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica	CIE 10	J30	
37		Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico	CIE 10	A90	
38					
42			Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de diarrea aguda	CIE 10	A09
44	Diagnóstico y tratamiento de candidiasis		CIE 10	B37	
46	Diagnóstico y tratamiento de infecciones por Chlamydia - incluye tracoma -		CIE 10	A74	
48	Diagnóstico y tratamiento de sífilis		CIE 10	A50	
49	Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda		CIE 10	N76.0	
50	Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda		CIE 10	N76.1	
52	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amebiasis intestinal		CIE 10	A06	
53					
58	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis		CIE 10	B77	
59	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis		CIE 10	B80	
60					
62	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis		CIE 10	A71	
63	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis		CIE 10	B68	
64	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis		CIE 10	B79	
66	Diagnóstico y tratamiento de escabiasis		CIE 10	B86	
67	Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis		CIE 10	B85	
68	Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales		CIE 10	B35, B36	
70	Diagnóstico y tratamiento de celulitis infecciosa		CIE 10	A46, L03	
72	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto		CIE 10	L23	
75	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica		CIE 10	L20	
82	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal	CIE 10	L22		

		Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica	CIE 10	L21	
		Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A	CIE 10	B15.9	
		Otras atenciones de medicina general	CIE 10	R68	
87	II Consulta de especialidad	Diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención (TDAH)	CIE 10	F90	
97					
98			Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes	CIE 10	E66.0, E43, E44
99			Diagnóstico y tratamiento de Kwashiorkor	CIE 10	E40
100			Diagnóstico y tratamiento de marasmo nutricional	CIE 10	E41
101			Diagnóstico y tratamiento de secuelas de desnutrición	CIE 10	E45
102			Diagnóstico y tratamiento de laringotraqueitis agudas	CIE 10	J04
103			Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa	CIE 10	H65
105			Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda	CIE 10	J01
106			Diagnóstico y tratamiento del asma en niños	CIE 10	J45
109					
113				Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TAES)	CIE 10
121	Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo	CIE 10		K21	
123	Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito y en adultos	CIE 10		E03.0, E03.1	
	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia	CIE 10		G40	
	Diagnóstico y tratamiento de luxación congénita de cadera	CIE 11		Q65.0 a Q65.6	
126	III Odontología	Prevención de caries y enfermedad periodontal	CIE 10	K03, K05, Z01.2	
127		Sellado de fosetas y fisuras dentales	CIE 10	K02.0, K02.3	
128		Eliminación de caries y restauración de piezas dentales con amalgama, resina o ionómero de vidrio	CIE 10	K02	
130		Extracción de piezas dentarias, incluye restos radiculares y erupcionados	CIE 10	K02	
142	IV Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por salicilatos	CIE 10	T39	
147		Diagnóstico y tratamiento del alacranismo	CIE 10	T63.2	
148		Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, arañas y otros artrópodos	CIE 10	T63.3, T63.4	
150		Extracción de cuerpos extraños	CIE 10	T15 a T19	
151		Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas)	CIE 10	S01, S11, S21, S31, S41, S51, S61, S71, S81, S91	
152		Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve (Glasgow 14-15)	CIE 10	S00.9	
153					

		Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado	CIE 10	L55, T20.1, T21.1, T22.1, T23.1, T24.1, T25.1, T29.1, T30.1	
160	V Hospitalización	Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis	CIE 10	N10	
161		Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis	CIE 10	J21	
163		Diagnóstico y tratamiento de meningitis	CIE 10	G00, G03	
165		Diagnóstico y tratamiento de osteomielitis	CIE 10	M86	
166		Diagnóstico y tratamiento de neumonía en niños	CIE 10	J13, J14, J18	
189		Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico moderado (Glasgow 9-13)	CIE 10	S06	
175		Atención del recién nacido normal	CIE 10	Z37.0	
176		Ictericia neonatal	CIE 10	P58	
177		Diagnóstico y tratamiento del prematuro sin complicaciones	CIE 10	P07.3	
178		Diagnóstico y tratamiento del prematuro con hipotermia	CIE 10	P07.3	
179		Diagnóstico y tratamiento del recién nacido con bajo peso al nacer	CIE 10	P07.1	
191		Manejo hospitalario de crisis convulsivas	CIE 10	R56, G41	
196					
197			Manejo hospitalario de quemaduras de segundo grado	CIE 10	T20.2, T21.2, T22.2, T23.2, T24.2, T25.2, T29.2, T30.2
	Diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva		CIE 9 MC	578	
198	VI Cirugía	Laparotomía exploradora	CIE 9 MC	54.11	
199		Apendicectomía	CIE 10	K35	
203		Diagnóstico y tratamiento de obstrucción intestinal	CIE 10	K56	
204		Diagnóstico y tratamiento de perforación gástrica e intestinal	CIE 10	K63.1	
209		Tratamiento quirúrgico de hernia hiatal	CIE 10	K44	
210		Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hipertrofia congénita de píloro	CIE 10	Q40.0	
212		Hernioplastia inguinal	CIE 10	K40	
213		Hernioplastia umbilical	CIE 10	K42	
234		Circuncisión	CIE 10	N47	
235		Orquidopexia	CIE 9 MC	6.25	
240		Amigdalectomía con o sin adenoidectomía	CIE 10	J35, J36	
242		Palatoplastia	CIE 9 MC	27.6	
243		Reparación de labio hendido	CIE 9 MC	27.6	
244		Cirugía de acortamiento muscular para estrabismo	CIE 9 MC	15.21	
245		Cirugía de alargamiento muscular para estrabismo	CIE 9 MC	15.21	
246		Tratamiento quirúrgico de glaucoma	CIE 10	H40	
248		Diagnóstico y tratamiento de hidrocefalia	CIE 10	G91	
249		Colocación y retiro de diversos catéteres	CIE 9 MC	34.04, 38.91	
251					

252				
253				
255		Toracotomía, pleurotomía y drenaje de tórax	CIE 9 MC	34.01 a 34.05, 34.09
256		Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de cadera	CIE 10	Q65
257		Tratamiento quirúrgico del pie equino en niños	CIE 10	Q66.0
258		Reducción quirúrgica por luxaciones	CIE 10	S43.0, S53.1, S63.0, S63.1, S83.1, S93.0, S93.1
261		Reducción quirúrgica de fractura de clavícula	CIE 10	S42.0
		Reducción quirúrgica de fractura de húmero (incluye material de osteosíntesis)	CIE 10	S42.2, S42.4, S43.2,
		Reducción quirúrgica de fractura de cúbito y radio (incluye material de osteosíntesis)	CIE 10	S52
		Diagnóstico y tratamiento de fracturas de fémur (incluye material de osteosíntesis)	CIE 10	S72

Anexo 4. Intervenciones Cubiertas por el FPGC del Sistema para menores de 5 años

FONDO DE PROTECCION CONTRA GASTOS CATASTROFICOS			
No.	Categoría	Enfermedad	CIE 10
1	Diagnóstico y tratamiento de cáncer (niños)	Leucemia aguda linfoblástica	C91.0
2		Leucemia aguda mieloblástica	C92.0
3		Leucemias crónicas	C92.1, C92.7, Q93
4		Síndromes mielodisplásicos	D46
5		Enfermedad de Hodgkin	C81.0, C81.9
6		Linfoma no Hodgkin	C82, C83, C85
7		Histiocitosis	D76
8		Tumor maligno del cerebelo (Meduloblastoma)	C71.6
9		Tumor maligno del encéfalo (Astrocitoma Diferenciado, Astrocitoma Anaplásico/Glioblastoma)	C71.9
10		Tumor maligno del encéfalo (Ependimoma)	C71.9
11		Tumor de células germinales del encéfalo	C71.9
12		Tumores del sistema nervioso central de baja frecuencia	

13			
14		Retinoblastoma	C69.2
15		Tumor maligno de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo (Neuroblastoma)	C47
16		Tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos (Sarcoma de partes blandas)	C49
17		Tumor maligno de los huesos y cartílagos articulares, (Osteosarcoma)	C40, C41
18		Sarcoma de Ewing	C40, C41, C80
19		Tumor maligno del hígado (hepatoblastoma y hepatocarcinoma)	C22
20		Tumor maligno del riñón (Tumor de Wilms)	C64
21		Tumores malignos del riñón (No Wilms)	C64
22		Tumores de células germinales	M906 a M909
		Otros tumores de baja frecuencia	
23	Cuidados intensivos neonatales	Prematurez	P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.3
24		Insuficiencia respiratoria del recién nacido	P22, P23, P28
25		Sepsis neonatal	P35 a P37
26		Atresia esofágica	Q39.0 a Q39.3
27		Atresia/estenosis duodenal	Q41
28		Atresia intestinal	Q41.1, Q41.2, Q41.8, Q41.9
29		Atresia anal	Q42.0 a Q42.3
30		Onfalocele	Q79.2
31		Gastrosquisis	Q79.3
32			

		Cardiopatías congénitas	Q20 a Q28
33	VIH/SIDA	VIH Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	B20.0, B20.1, B20.3 a B20.6, B20.8, B20.9
34	Trasplantes	Trasplante de médula ósea	41.04 - 41.07
35	Rehabilitación de largo plazo	Hipoplasia/displasia renal	Q60.3 a Q60.5, Q61.4
36		Uréter retrocavo	Q62.6
37		Meatos ectópicos	Q62.6
38		Estenosis ureteral	Q62.1
39		Ureterocele	Q62.3
40		Extrofia vesical	Q64.1
41		Hipospadias/epispadias	Q54.0 a Q54.4, Q54.8, Q54.9, Q64.0
42		Estenosis uretral	Q64.2, Q64.3
43		Estenosis del meato uretral	Q64.3
44		Espina bífida	Q76.0, Q05.0 a Q05.9

Anexo 5. Formato de Solicitud de Recursos de Intervenciones Cubiertas por el SMNG



SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PLANES MÉDICOS

Unidad Médica:
Entidad Federativa:
Status de Acreditación:

Table with 12 columns: Fecha de nacimiento, Sexo, Registro o Número de Expediente, Diagnósticos, Diagnóstico principal, Clave CIE 10 del Dx Principal, Fecha de Diagnóstico, Fecha de inicio de tratamiento, Tipo de Tratamiento (Médico o Quirúrgico), Días de Estancia Hospitalaria, Motivo de Egreso, Observaciones.

Instructivo

Las variables del presente documento deberán ser requisitadas al 100% con finalidad de contar con la información básica en el registro de los pacientes. A continuación se especifican los rubros que se considera pueden generar respuestas varias:

Table with 2 columns: Variable (Status de Acreditación, Sexo, Diagnóstico Principal, Tipo de Tratamiento, Cuota de recuperación) and Descripción.

“Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”

Anexo 7. Formato Declaratoria de Caso



DECLARATORIA DE CASO PARA EL SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION

FOLIO AFILIACION AL SMNG: _____ REGISTRO CNPSS: _____

I. IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL PACIENTE:

Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)

EDAD: _____ SEXO: _____ EXPEDIENTE MEDICO: _____

II. UNIDAD MEDICA PRESTADORA DE SERVICIO

NOMBRE:

ENTIDAD FEDERATIVA: _____ ACREDITACION: _____

III. CONFIRMACION DIAGNOSTICA

CATEGORIA DE GASTO CATASTROFICO: SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION
(No FPGC, No CAUSES)

TIPO:

CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL

OTROS DIAGNOSTICOS: _____

OTROS DIAGNOSTICOS: _____

FECHA DE CONFIRMACION DE DIAGNOSTICO: _____

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: _____

FECHA DE ELABORACION: _____

IV. RESPONSABLES DE LA VALIDACION:

Médico tratante

Funcionario que valida el caso

(Nombre, firma y cédula profesional)

(Nombre, firma y cédula profesional)

Para los efectos legales que resulten procedentes, el médico especialista firmante CERTIFICA que la presente declaratoria corresponde a un caso nuevo y que existe expediente médico conforme a la Norma Oficial Mexicana-168.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa

ANEXO 8. Modelo de instrumento específico para la transferencia de recursos federales

CONVENIO ESPECIFICO EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARA "LA SECRETARIA", REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL C. COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD, MTRO. DANIEL KARAM TOUMEH, ASISTIDO POR EL DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO, LIC. CARLOS GRACIA NAVA, Y POR LA OTRA PARTE EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE _____, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "LA ENTIDAD", REPRESENTADO POR EL _____, EN SU CARACTER DE SECRETARIO DE FINANZAS Y EL _____, EN SU CARACTER DE SECRETARIO DE SALUD Y/O DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO Y/O TITULAR DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

- I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece, en su artículo 4o., párrafos tercero y sexto, el derecho de las personas 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; así como el derecho que tienen los niños y las niñas a la satisfacción de sus necesidades de salud.
- II.- La promoción de la salud de los niños representa un objetivo estratégico para todo Estado que pretenda construir una sociedad sana, justa y desarrollada. La condición de salud de los niños afecta de manera importante el rendimiento educativo de los escolares, y éste, a su vez, tiene un efecto significativo en la salud y la capacidad productiva en la edad adulta, es decir, la salud de los primeros años, determina las condiciones futuras de esa generación.

Por ello, resulta prioritario propiciar un estado de salud en los niños, que les permita incorporarse a la sociedad con un desarrollo pleno de sus potencialidades físicas e intelectuales. Como una estrategia sustantiva para lograrlo, el primero de diciembre de 2006 se creó el Seguro Médico para una Nueva Generación, cuyo objetivo general se orienta a reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población de los recién nacidos, contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida, mejorar la salud de las familias de menos ingresos y avanzar hacia un esquema de aseguramiento universal.

- III. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 dentro del eje tres, propone en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a los servicios médicos de calidad, a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de Salud, y en cuanto a la política social establece el compromiso de elevar el nivel de salud de los mexicanos, reducir las desigualdades, garantizar un trato adecuado a los usuarios, ofrecer protección financiera en salud y fortalecer el sistema de salud.
- IV. Para llevar a cabo el objetivo general del Seguro Médico para una Nueva Generación, cuyo objetivo general se enuncia en el punto II de este apartado, se realizará la transferencia de recursos a las Entidades Federativas, de conformidad con lo que establece la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, que dispone en sus artículos 74 y 75, que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizará la ministración de los subsidios y transferencias con cargo a los presupuestos de las dependencias, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables. Dichas transferencias y subsidios deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en ella se señalan.
- V. Con fecha ____ de ____ de 2008, "LA ENTIDAD" y "LA SECRETARIA" celebraron el Acuerdo Marco de Coordinación, en lo sucesivo "EL ACUERDO MARCO", con objeto de facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general, así como para fijar las bases y mecanismos generales a través de los cuales serían transferidos, mediante la suscripción del instrumento específico correspondiente, recursos presupuestarios federales, insumos y bienes a "LA ENTIDAD" para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos del artículo 9 de la Ley General de Salud.
- VI. Que de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de "EL ACUERDO MARCO", los Convenios Específicos serían suscritos, atendiendo al ámbito de competencia que cada uno de ellos determine, por "LA ENTIDAD": el Secretario de Finanzas y el Secretario de Salud Estatal y/o el Director General del Instituto y/o el Titular de los Servicios Estatales de Salud (según sea el caso); y por "LA SECRETARIA": la Subsecretaría de Administración y Finanzas, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, por sí mismas, o asistidas por las Unidades Administrativas y/o órganos desconcentrados que cada una tiene adscritas.

DECLARACIONES**I. De "LA SECRETARIA":**

1. Que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud en términos del artículo 2, apartado C, fracción XII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
2. Que el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud tiene la competencia y legitimidad para suscribir el presente Convenio, según se desprende de lo previsto en los artículos 77 Bis 35 de la Ley General de Salud y 4, fracción III y 6, fracción I del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en correlación con el artículo 38, fracción V, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, cargo que quedó debidamente acreditado con la copia del nombramiento que se adjuntó a "EL ACUERDO MARCO".
3. Que dentro de las facultades de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se encuentran las de impulsar, coordinar y vincular acciones del Sistema de Protección Social en Salud con las de otros programas sociales para la atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable desde una perspectiva intercultural que promueva el respeto a la persona y su cultura, así como sus derechos humanos en salud; administrar los recursos financieros que en el marco del Sistema de Protección Social en Salud le suministre la Secretaría de Salud y efectuar las transferencias que correspondan a los Estados y al Distrito Federal; administrar los recursos de la previsión presupuestal anual para atender necesidades de infraestructura y las variaciones en la demanda de servicios; así como realizar las transferencias a los Estados y al Distrito Federal de conformidad a las reglas que fije el Ejecutivo Federal mediante disposiciones reglamentarias y de conformidad con lo establecido en el artículo 4 fracciones VI, XII y XIV del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
4. Que la Dirección General de Financiamiento tiene entre sus atribuciones diseñar y proponer en coordinación con las unidades administrativas de la Secretaría de Salud, los esquemas y mecanismos financieros que sean necesarios para el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, incluyendo el desarrollo de programas de salud dirigidos a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable; coadyuvar, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, en las acciones de supervisión financiera del Sistema de Protección Social en Salud, y de los programas de atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable para garantizar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, así como de sus metas y objetivos, de conformidad con el artículo 9 fracciones III y VII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
5. Que cuenta con la disponibilidad presupuestal correspondiente para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente instrumento.
6. Que para efectos del presente convenio señala como domicilio el ubicado en la calle de Calzada de Tlalpan número 479, colonia Alamos, C.P. 03400, en México, Distrito Federal.

II. Declara "LA ENTIDAD":

1. Que el Secretario de Finanzas, asiste a la suscripción del presente Convenio, de conformidad con los artículos _____ de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____, cargo que quedó debidamente acreditado con la copia del nombramiento que se adjuntó a "EL ACUERDO MARCO".
2. Que el Secretario de Salud y/o Director General del Instituto y/o el Titular de los Servicios Estatales de Salud, asiste a la suscripción del presente Convenio, de conformidad con los artículos _____ de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____, cargo que quedó debidamente acreditado con la copia del nombramiento que se adjuntó a "EL ACUERDO MARCO".
3. Que sus prioridades para alcanzar los objetivos pretendidos a través del presente instrumento son: _____.
4. Que para todos los efectos legales relacionados con este Convenio señala como su domicilio el ubicado en: _____.

Una vez expuesto lo anterior y toda vez que la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, dispone en sus artículos 74 y 75, que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizará la ministración de los subsidios y transferencias que con cargo a los

presupuestos de las dependencias, se aprueben en el Presupuesto de Egresos, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables. Dichos subsidios y transferencias deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en ella se señalan.

Aplicando al objeto del presente Convenio Específico, lo establecido en los artículos 26 y 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 22, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 33 y 44 de la Ley de Planeación; 9 de la Ley General de Salud; 74 y 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 174, 175 y 224 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; y los "Lineamientos para informar sobre el ejercicio, destino y resultados de los recursos presupuestarios federales transferidos a las entidades federativas, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 25 de febrero de 2008, y en el Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el ejercicio fiscal 2009 (Reglas de Operación), así como en los artículos _____ de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de _____, y los artículos _____ de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____ y demás disposiciones legales aplicables, las partes celebran el presente Convenio al tenor de las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El presente Convenio Específico y los anexos que forman parte del mismo, tienen por objeto transferir recursos presupuestales a "LA ENTIDAD" para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos del artículo 9 de la Ley General de Salud, que permitan a "LA ENTIDAD" fortalecer la estrategia del Seguro Médico para una Nueva Generación a través _____, de conformidad con los Anexos 1 y 2, los cuales debidamente firmados por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forman parte integrante de su contexto, en los que se describen: la aplicación que se dará a tales recursos; precisar los compromisos que sobre el particular asumen "LA ENTIDAD" y el Ejecutivo Federal; y los mecanismos para la evaluación y control de su ejercicio.

Los recursos presupuestales que transfiera el Ejecutivo Federal se aplicarán al concepto y hasta por los importes que a continuación se mencionan:

CONCEPTO	IMPORTE
	\$ (expresar cantidades en número y letra)

El concepto e importe a que se refiere en el párrafo anterior se prevé en forma detallada en el Anexo 1, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de su contexto.

Con el objeto de asegurar la aplicación y efectividad del presente Convenio Específico, las partes se sujetarán a lo establecido en sus Cláusulas y sus correspondientes anexos, al contenido de "EL ACUERDO MARCO", en las Reglas de Operación vigentes, así como a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA.- Para la realización de las acciones objeto del presente instrumento, el Ejecutivo Federal transferirá a "LA ENTIDAD" recursos presupuestarios federales hasta por la cantidad de \$ _____ (expresar cantidades en número y letra) con cargo al presupuesto de "LA SECRETARIA", de acuerdo con los plazos y calendario que se precisan en el Anexo 2 el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de este instrumento.

El mecanismo de transferencia de recursos deberá llevarse a cabo de conformidad con las Reglas de Operación vigentes y demás disposiciones aplicables.

Los recursos a que se refiere el párrafo anterior, se radicarán a través de la Tesorería (o su equivalente) de "LA ENTIDAD", en la cuenta bancaria productiva específica que ésta establezca para tal efecto, en forma previa a la entrega de los recursos, en la institución de crédito bancaria que la misma determine, informando de ello a "LA SECRETARIA", con la finalidad de que los recursos transferidos y sus rendimientos financieros estén debidamente identificados, de conformidad con lo establecido en el artículo 82 fracción IX de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Los recursos Federales que se transfieran en los términos de este Convenio Específico no pierden su carácter Federal.

Queda expresamente estipulado, que la transferencia presupuestal otorgada en el presente Convenio Específico no es susceptible de presupuestarse en los ejercicios fiscales siguientes, por lo que no implica el compromiso de transferencias posteriores ni en ejercicios fiscales subsecuentes con cargo a la Federación, para complementar las acciones que pudieran derivar del objeto del presente instrumento, ni de operación inherentes a las obras y equipamiento, ni para cualquier otro gasto administrativo o de operación vinculado con el objeto del mismo.

“LA ENTIDAD” deberá sujetarse a los siguientes parámetros para asegurar la transparencia en la aplicación y comprobación de los recursos federales transferidos:

PARAMETROS

“LA SECRETARIA” verificará, por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, que los recursos presupuestales señalados en la Cláusula Segunda, sean destinados únicamente para _____(ESTA PARTE DEBE DE SER CONGRUENTE CON LO CONTENIDO EN OBJETO) a que se refiere la Cláusula Primera, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal y de acuerdo a los siguientes alcances:

- a) La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, transferirá los recursos presupuestales asignados a “LA ENTIDAD” a efecto de que sean aplicados específicamente _____(ESTA PARTE DEBE DE SER CONGRUENTE CON LO CONTENIDO EN OBJETO) y al concepto citado en la Cláusula Primera del presente instrumento, sin intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice “LA ENTIDAD” para cumplir con el objeto del presente instrumento.
- b) La Comisión Nacional de Protección Social en Salud practicará visitas de acuerdo al programa convenido para este fin con “LA ENTIDAD”, mismo que se detalla en el Anexo 1 del presente instrumento, a efecto de observar el cumplimiento del presente convenio y sus anexos, solicitando a “LA ENTIDAD”, que sustente y fundamente la aplicación de los recursos, citados en la Cláusula Segunda del presente instrumento, a través de un comunicado que valide el total de familias para el Seguro Médico para una Nueva Generación afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, durante la vigencia del presente instrumento e informará sobre el ejercicio de dichos recursos, conforme a las Reglas de Operación vigentes.

Los documentos que comprueben el ejercicio de los recursos, deberán reunir los requisitos que enuncian los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación, y en su caso, “LA SECRETARIA” solicitará la documentación que ampare la comprobación antes mencionada.

- c) La Comisión Nacional de Protección Social en Salud aplicará las medidas que procedan de acuerdo con la normatividad aplicable e informará a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de “LA SECRETARIA” y ésta a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público el caso o casos en que los recursos presupuestales no hayan sido aplicados por “LA ENTIDAD” para los fines objeto del presente convenio de conformidad con el Anexo 1 del mismo, o bien, en contravención a sus Cláusulas, ocasionando como consecuencia, la suspensión en la ministración de recursos a “LA ENTIDAD”, en términos de lo establecido en las Reglas de Operación vigentes, así como en la Cláusula Octava de “EL ACUERDO MARCO”.
- d) Los recursos presupuestales que se comprometen transferir mediante el presente instrumento, estarán sujetos a la disponibilidad presupuestaria y a las autorizaciones correspondientes, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables y de acuerdo con el calendario que para tal efecto se establezca.

TERCERA.- OBJETIVOS E INDICADORES DE DESEMPEÑO Y SUS METAS.- Los recursos presupuestales que transfiere el Ejecutivo Federal por conducto de “LA SECRETARIA” a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio se aplicarán al concepto a que se refiere la Cláusula Primera del mismo, los cuales tendrán los objetivos e indicadores del desempeño que a continuación se mencionan:

OBJETIVOS: (Establecer)

INDICADORES DEL DESEMPEÑO: (Establecer)

METAS: (Establecer)

CUARTA.- APLICACION.- Los recursos presupuestarios federales que transfiere el Ejecutivo Federal a que alude la Cláusula Segunda de este Instrumento, se destinarán en forma exclusiva a

Dichos recursos no podrán traspasarse a otros conceptos de gasto y se registrarán conforme a su naturaleza, como gasto corriente o gasto de capital.

Los recursos presupuestarios federales que se transfieren, una vez devengados y conforme avance el ejercicio, deberán ser registrados por “LA ENTIDAD” en su contabilidad de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables y se rendirán en su Cuenta Pública, sin que por ello pierdan su carácter federal.

Los rendimientos financieros que generen los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda de este Convenio, deberán destinarse al concepto previsto en la Cláusula Primera.

QUINTA.- GASTOS ADMINISTRATIVOS.- Los gastos administrativos quedan a cargo de "LA ENTIDAD".

SEXTA.- OBLIGACIONES DE "LA ENTIDAD".- "LA ENTIDAD" adicionalmente a los compromisos establecidos en "EL ACUERDO MARCO", se obliga a:

- I. Aplicar los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda de este instrumento en el concepto establecido en la Cláusula Primera del mismo, sujetándose a los objetivos e indicadores de desempeño y sus metas previstos en la Cláusula Tercera de este Instrumento, por lo que se hace responsable del uso, aplicación y destino de los citados recursos.
- II. Entregar trimestralmente por conducto de la Secretaría de Finanzas (o su equivalente) a "LA SECRETARIA", a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la relación detallada sobre las erogaciones del gasto elaborada por la unidad ejecutora (definida en la Cláusula Cuarta, fracción III de "EL ACUERDO MARCO") y validada por la propia Secretaría de Finanzas, en términos de lo que establecen las Reglas de Operación vigentes.

Asimismo, se compromete a mantener bajo su custodia, a través de la Secretaría de Finanzas (o su equivalente) la documentación comprobatoria original de los recursos presupuestarios federales erogados, hasta en tanto la misma le sea requerida por "LA SECRETARIA" y, en su caso por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y/o los órganos fiscalizadores competentes de la Secretaría de la Función Pública, así como la información adicional que estas últimas le requieran, de conformidad, con las Reglas de Operación vigentes.

La documentación comprobatoria del gasto de los recursos federales objeto de este Convenio, deberá cumplir con los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones federales aplicables, como son los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación, deberán expedirse a nombre de "LA ENTIDAD", estableciendo domicilio, RFC, conceptos de pago, etc.

- III. Ministran los recursos presupuestarios federales a que se refiere el presente instrumento, a la unidad ejecutora, a efecto que estos últimos estén en condiciones de iniciar acciones para dar cumplimiento al objeto que hace referencia la Cláusula Primera de este Convenio, en un plazo no mayor a 3 días hábiles, contados a partir de la formalización de este instrumento.
- IV. Informar, a los 10 días hábiles siguientes a la terminación del trimestre de que se trate, a "LA SECRETARIA" a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, del avance programático-presupuestario y físico financiero del concepto previsto en este Instrumento.
- V. Reportar y dar seguimiento trimestralmente, sobre el avance en el cumplimiento de objetivos e indicadores de desempeño y sus metas, previstos en la Cláusula Tercera de este Convenio, así como el avance y, en su caso, resultados de las acciones que lleve a cabo de conformidad con este Instrumento.
- VI. Informar a "LA SECRETARIA" sobre el avance de las acciones respectivas y, en su caso, la diferencia entre el monto de los recursos transferidos y aquellos erogados, así como los resultados de las evaluaciones que se hayan realizado
- VII. Mantener actualizados los indicadores para resultados de los recursos transferidos, así como evaluar los resultados que se obtengan con los mismos.
- VIII. Con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, establecer medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinen los recursos e insumos transferidos
- IX. Informar sobre la suscripción de este Convenio, al órgano técnico de fiscalización de la legislatura local en "LA ENTIDAD"
- X. Los recursos humanos que requiera para la ejecución del objeto del presente instrumento, quedarán bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, y no existirá relación laboral alguna entre éstos y "LA SECRETARIA", por lo que en ningún caso se entenderán como patrones sustitutos o solidarios.
- XI. Publicar en el órgano de difusión oficial de la localidad, dentro de los quince días hábiles posteriores a su formalización, el presente instrumento.
- XII. Difundir en su página de Internet el concepto financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento, incluyendo los avances y resultados físicos y financieros, en los términos de las disposiciones aplicables.

SEPTIMA.- OBLIGACIONES DEL EJECUTIVO FEDERAL.- El Ejecutivo Federal, a través de “LA SECRETARIA” se obliga a:

- I. Transferir los recursos presupuestarios federales a que se refiere la Cláusula Segunda, párrafo primero, del presente Convenio de acuerdo con los plazos y calendario establecidos que se precisan en el Anexo 2 de este Instrumento.
- II. Verificar que los recursos presupuestales que en virtud de este instrumento se transfieran, serán aplicados únicamente para la realización del objeto al cual son destinados, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal.
- III. Abstenerse de intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos, convenios o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice “LA ENTIDAD” para cumplir con el objeto para el cual son destinados los recursos presupuestales federales transferidos.
- IV. Practicar visitas, solicitar la entrega de la documentación e información que permita observar el cumplimiento del presente convenio y sus anexos, solicitando a “LA ENTIDAD”, que sustente y fundamente la aplicación de los recursos citados en la Cláusula Segunda del presente instrumento, en términos de lo que establecen las Reglas de Operación vigentes, que sustenten y fundamenten la aplicación de los recursos a “LA ENTIDAD”, a través de las instancias competentes.

La documentación comprobatoria del gasto de los recursos federales que se transfieren, deberá cumplir con los requisitos fiscales que señala la normatividad vigente, misma que deberá expedirse a nombre de “LA ENTIDAD”, estableciendo domicilio, Registro Federal de Contribuyentes, conceptos de pago, etc.

- V. Aplicar las medidas que procedan de acuerdo con la normatividad aplicable e informar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la Secretaría de la Función Pública Federales, a la Auditoría Superior de la Federación y a la Secretaría de Contraloría en el ámbito estatal, el caso o casos en que los recursos presupuestales no hayan sido aplicados por “LA ENTIDAD” para los fines que en este instrumento se determinan, ocasionando como consecuencia la suspensión de la ministración de recursos a “LA ENTIDAD”, en términos de lo establecido en las Reglas de Operación vigentes, así como en la Cláusula Octava de “EL ACUERDO MARCO”.
- VI. Informar en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y en los demás informes que sean requeridos, sobre la aplicación de los recursos transferidos con motivo del presente Convenio Específico.
- VII. Dar seguimiento trimestralmente, en coordinación con “LA ENTIDAD”, sobre el avance en el cumplimiento del objeto del presente instrumento.
- VIII. Los recursos humanos que requiera para la ejecución del objeto del presente instrumento, quedarán bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, y no existirá relación laboral alguna entre éstos y “LA ENTIDAD”, por lo que en ningún caso se entenderán como patrones sustitutos o solidarios.
- IX. El control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios que en virtud de este instrumento serán transferidos, corresponderá a “LA SECRETARIA”, a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la Secretaría de la Función Pública Federales, y a la Auditoría Superior de la Federación, sin perjuicio de las acciones de vigilancia, control y evaluación que, en coordinación con la Secretaría de la Función Pública, realice el órgano de control de “LA ENTIDAD”.
- X. Con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, establecer medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinen los recursos e insumos transferidos.
- XI. Informar sobre la suscripción de este Convenio, a la Auditoría Superior de la Federación.
- X. Publicar en el Diario Oficial de la Federación, dentro de los quince días hábiles posteriores a su formalización, el presente instrumento.
- XI. Difundir en su página de Internet el concepto financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento, incluyendo los avances y resultados físicos y financieros, en los términos de las disposiciones aplicables.

OCTAVA.- ACCIONES DE VIGILANCIA, INSPECCION, CONTROL Y EVALUACION.- Las partes convienen que en términos de lo establecido en el artículo 82 fracciones IX, XI y XII de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, “LA ENTIDAD” destinará un monto equivalente al uno al millar del monto total de los recursos transferidos para la fiscalización de los mismos, a favor del órgano técnico de fiscalización de la legislatura de “LA ENTIDAD”.

NOVENA.- VIGENCIA.- El presente Convenio comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción por parte de "LA SECRETARIA" y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2009, debiéndose publicar en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de "LA ENTIDAD" dentro de los 15 días hábiles posteriores a su formalización.

DECIMA.- RECURSOS FEDERALES NO DEVENGADOS.- Las partes acuerdan que los remanentes o saldos disponibles de los recursos presupuestarios federales en la cuenta bancaria productiva específica a que se refiere la Cláusula Segunda de este Convenio, se reintegrarán a la Tesorería de la Federación, de conformidad con lo establecido en el artículo 224 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

DECIMA PRIMERA.- MODIFICACIONES AL CONVENIO.- Las partes acuerdan que el presente Convenio podrá modificarse de común acuerdo y por escrito, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio obligarán a sus signatarios a partir de la fecha de su firma y deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de "LA ENTIDAD" posteriormente a su formalización.

En caso de contingencias para la realización del objeto previsto en este Instrumento, ambas partes acuerdan tomar las medidas o mecanismos que permitan afrontar dichas contingencias. En todo caso, las medidas y mecanismos acordados serán formalizados mediante la suscripción del convenio modificatorio correspondiente.

DECIMA SEGUNDA.- CAUSAS DE TERMINACION.- El presente Convenio Específico podrá darse por terminado cuando se presente alguna de las siguientes causas:

- I. Por estar satisfecho el objeto para el que fue celebrado.
- II. Por acuerdo de las partes.
- III. Por caso fortuito o fuerza mayor

DECIMA TERCERA.- CAUSAS DE RESCISION.- El presente Convenio Específico podrá rescindirse por las siguientes causas:

- I. Cuando se determine que los recursos presupuestarios federales se utilizaron con fines distintos a los previstos en el presente instrumento, o,
- II. Por el incumplimiento de las obligaciones contraídas en el mismo.

Casos en los cuales se procederá en términos de lo establecido en las Reglas de Operación vigentes y en la Cláusula Octava de "EL ACUERDO MARCO".

DECIMA CUARTA.- CLAUSULAS QUE SE TIENEN POR REPRODUCIDAS.- Dado que el presente Convenio Específico se deriva de "EL ACUERDO MARCO" a que se hace referencia en el apartado de antecedentes de este instrumento, las Cláusulas establecidas en "EL ACUERDO MARCO" se tienen por reproducidas para efectos de este instrumento como si a la letra se insertasen y serán aplicables en todo aquello que no esté expresamente establecido en el presente documento.

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Convenio, lo firman por cuadruplicado:

Por "LA ENTIDAD" a los días del mes de del año dos mil (año de suscripción del convenio).

Por "LA SECRETARIA" a los días del mes de del año dos mil (año de suscripción del convenio).

POR "LA SECRETARIA"

POR "LA ENTIDAD"

EL COMISIONADO NACIONAL DE
PROTECCION SOCIAL EN SALUD

EL SECRETARIO DE FINANZAS

MTRO. DANIEL KARAM TOUMEH

DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO
LIC. CARLOS GRACIA NAVA

EL SECRETARIO DE SALUD ESTATAL Y/O
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO Y/O TITULAR
DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD,

HOJA DE FIRMAS DEL CONVENIO ESPECIFICO EN MATERIA DE TRANSPARENCIA DE RECURSOS QUE CELEBRAN POR UN PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD Y POR LA OTRA PARTE EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE _____.

ANEXO 1**DEL CONVENIO ESPECIFICO PARA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES POR CONCEPTO DE _____ DEL SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION.****IMPORTE DE LOS RECURSOS TRANSFERIDOS**

Concepto	Cantidad	Costo	Importe Total

ANEXO 2**DEL CONVENIO ESPECIFICO PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES DEL SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION.****Calendario transferencias 2009**

Objeto	Cantidad	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total

Anexo 9. Modelo de Convenio Específico de Coordinación Interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al programa federal denominado Seguro Médico para una Nueva Generación a celebrar por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Delegación correspondiente del IMSS y los Servicios Estatales de Salud

CONVENIO ESPECIFICO DE COORDINACION INTERINSTITUCIONAL PARA LA EJECUCION DE ACCIONES RELATIVAS AL PROGRAMA FEDERAL DENOMINADO SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, LA COMISION NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD, EN LO SUCESIVO "LA COMISION", REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL MAESTRO DANIEL KARAM TOUMEH, EN SU CARACTER DE COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD, POR OTRA PARTE, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LO SUCESIVO "EL IMSS", REPRESENTADO POR _____, EL DELEGADO(A) DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL ESTADO DE _____ Y POR LA OTRA, LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE _____, EN ADELANTE "LOS SERVICIOS", REPRESENTADOS POR EL _____, EN SU CARACTER DE SECRETARIO DE SALUD Y/O TITULARES DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, CON LA INTERVENCION DE _____, DIRECTOR DEL REGIMEN ESTATAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD, (REPS), AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS:

ANTECEDENTES

I. La promoción de la salud de los niños representa un objetivo estratégico para todo Estado que pretenda construir una sociedad sana, justa y desarrollada. La condición de salud de los niños afecta de manera importante el rendimiento educativo de los escolares, y éste, a su vez, tiene un efecto significativo en la salud y la capacidad productiva en la edad adulta. Es decir, la salud de los primeros años, determina las condiciones futuras de esa generación.

Por ello, resulta prioritario propiciar un estado de salud en los niños, que les permita incorporarse a la sociedad con un desarrollo pleno de sus potencialidades físicas e intelectuales. Como una estrategia sustantiva para lograrlo, el primero de diciembre de 2006 se creó el Seguro Médico para una Nueva Generación, cuyo objetivo general se orienta a reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población de los recién nacidos, contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros de años de vida, mejorar la salud de las familias de menos ingresos y avanzar hacia un esquema de aseguramiento universal.

II. Con fecha _____ de diciembre de 2008 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el Ejercicio Fiscal 2009, con el objetivo general de promover, atender y conservar un mejor estado de salud de los niños mexicanos menores nacidos a partir del 1o. de diciembre del 2006, que al no ser derechohabientes de la seguridad social estén afiliados al Sistema, a través del otorgamiento gratuito de atención a la salud de alta calidad en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Los beneficios del Seguro Médico para una Nueva Generación son adicionales y complementarios a los que actualmente ofrece el Sistema descritos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (en lo sucesivo "CAUSES") y en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

III. Con fecha 2 de febrero de 2007, la SECRETARÍA DE SALUD y “EL IMSS”, celebraron el Convenio de Colaboración Interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al Programa Federal entonces denominado como Seguro Universal de Salud para Niños (actualmente Seguro Médico para una Nueva Generación), en lo sucesivo “CONVENIO MARCO”, cuyo objeto es estipular los términos y condiciones para que “EL IMSS”, en su carácter de organizador y administrador del Seguro Social, preste en donde no existan instalaciones médicas de los Servicios Estatales de Salud, servicios médicos a los niños nacidos a partir de 1 de diciembre de 2006, que hubiesen sido registrados en el Sistema de Protección Social en Salud y cuya edad fluctúe entre 0 meses y 6 años, en lo sucesivo “CONVENIO MARCO”.

IV. Con fecha 1º de septiembre de 2008 se celebró Convenio Modificatorio al Convenio de Colaboración Interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al Seguro Universal de Salud para Niños (actualmente Seguro Médico para una Nueva Generación), de fecha 2 de febrero de 2007, cuyo objeto fue modificar las Cláusulas Primera, Segunda, Tercera, Cuarta, Séptima, Octava, Novena y Décima Sexta de “EL CONVENIO MARCO”, y adicionar la Cláusula Décima Séptima, pasando a ser la Décima Octava la actual Cláusula Décima Séptima.

V. Con fecha _____ se suscribió el Acuerdo de Coordinación entre las Secretarías de Salud, de Hacienda y Crédito Público, de la Función Pública y el Estado de _____, para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la Entidad, que tiene por objeto establecer las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la organización y la descentralización de los Servicios de Salud que permitan al Gobierno del Estado contar con autonomía en el ejercicio de las facultades que le otorga la Ley General de Salud.

VI. El Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, plantea la necesidad de descentralizar responsabilidades, recursos y decisiones con las que cumple un doble propósito; el político, al fortalecer el federalismo y reintegrar a la esfera local las facultades que le eran propias al suscribir el pacto federal y el social, al acercar a la población servicios fundamentales, que al ser prestados por los estados aseguran a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad.

DECLARACIONES

I. Declara “LA COMISION”, por conducto de su representante que:

I.1 Es un Organismo Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud, de conformidad con los artículos 17 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 77 BIS 35 de la Ley General de Salud; 2o. apartado C, fracción XII, 36, 37 y 38 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y; 3º del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

I.2. Es materia de salubridad general la protección social en salud, la cual 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, de conformidad con lo establecido en los artículos 3 fracción II bis y 77 bis 1 de la Ley General de Salud.

I.3. Tiene a su cargo participar en los convenios que suscriban los estados y el Distrito Federal con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios, de conformidad con lo establecido en el artículo 4, fracción VII del Reglamento Interno de “LA COMISION”.

I.4. El Maestro Daniel Karam Toumeh, se encuentra facultado para suscribir el presente convenio en representación de “LA COMISION”, de conformidad con lo que establecen los artículos 38, fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 4 y 6, fracciones I y XIII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

I.5. Su domicilio legal es el ubicado en Calzada de Tlalpan número 479, Colonia Alamos, Código Postal 03400, Delegación Benito Juárez, México, Distrito Federal, mismo que señala para todos los fines, efectos legales y administrativos que se deriven del presente convenio.

II. Declara “EL IMSS”, por conducto de su representante que:

II.1. Es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, instrumento básico de la Seguridad Social, establecido como un servicio público de carácter nacional, en términos de los artículos 4 y 5 de la Ley del Seguro Social.

II.2. Entre sus atribuciones está la de establecer coordinación con las dependencias y entidades de las administraciones públicas federal, estatales y municipales, para el cumplimiento de sus objetivos, así como celebrar convenios de cooperación e intercambio en materia de medicina preventiva, atención médica, manejo y atención hospitalaria con otras instituciones de seguridad social o de salud de los sectores públicos federal, estatales y municipales o del sector social, y en general realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir con sus fines, de conformidad con lo establecido en las fracciones IV, XX y XXXII del artículo 251 de la Ley del Seguro Social, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables.

II.3. Su representante, _____, en su carácter de titular de la Delegación _____, cuenta con las facultades legales suficientes y necesarias para intervenir en el presente convenio, de conformidad con lo establecido en el artículo _____ del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, y de acuerdo a la escritura pública número _____ de fecha ____ de _____ de _____, otorgada ante la fe del Licenciado _____, Titular de la Notaría _____ del _____.

II.4. Señala como domicilio para los efectos del presente instrumento jurídico, el ubicado en _____, Colonia _____, en _____.

III.- Declaran “LOS SERVICIOS”, a través de su representante que:

III.1.- Es un Organismo Descentralizado de la Administración Pública del Estado con personalidad jurídica y patrimonio propio (Esto tendrá que cambiar en caso que sea una Secretaría de Estado o Instituto), que tiene por objeto prestar los servicios de salud a población abierta y a los beneficiarios del Seguro Popular y del Seguro Médico para una Nueva Generación, como lo establecen los artículos _____ del Decreto mediante el cual se crearon los Servicios de Salud de _____ publicado en el Periódico Oficial del Estado de _____ de fecha _____.

III.2.- El C. _____, en su carácter de Secretario de Salud y/o el Titular de los Servicios Estatales de Salud del Estado de _____, está facultado para representar legalmente al Organismo en los asuntos que se deriven de las funciones del mismo, así como para suscribir Acuerdos o Convenios con dependencias o entidades de la Administración Pública Federal, con los Estados, los Municipios y Organismos del sector privado y social, en materia de Salud, tal y como lo establece el artículo __ de (citar ordenamiento).

III.3.- El C. _____, Titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, como proveedor de las acciones en materia de Protección Social en Salud en el Sistema, cuenta con las facultades suficientes y necesarias para intervenir en el presente instrumento jurídico conforme a lo establecido en _____.

III.4.- Señala como domicilio para los efectos del presente instrumento jurídico, el ubicado en _____, Colonia _____, Código Postal _____, en _____.

IV. Declaran “LAS PARTES” que:

IV.1. El presente Convenio no tiene Cláusula alguna contraria a la ley, a la moral o a las buenas costumbres y que para su celebración no media coacción alguna; consecuentemente, carece de todo dolo, error, mala fe o cualquier otro vicio del consentimiento que pueda afectar en todo o en parte, la validez del mismo.

IV.2 Conocen y observarán lo dispuesto en los artículos 28 fracción I del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009, donde se establece que la papelería, documentación oficial, así como la publicidad y promoción que adquieran las dependencias y entidades para los programas sujetos a reglas de operación deberán incluir la siguiente leyenda: “Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”. Asimismo, conviene en que la publicidad que adquieran para la difusión de programas gubernamentales deberá incluir la siguiente leyenda: “Este programa es público, y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal”.

IV.3. Una vez reconocida plenamente la personalidad y capacidad jurídica con que comparecen, es su voluntad celebrar el presente acto jurídico, para lo cual están de acuerdo en sujetarse a las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA.- OBJETO. El presente convenio tiene por objeto otorgar a los beneficiarios del Programa del Seguro Médico para una Nueva Generación, en lo sucesivo “EL PROGRAMA”, la prestación por parte de las unidades médicas de “EL IMSS” servicios de salud de primer y, en su caso, segundo nivel de atención, conforme al Anexo 1 del “CONVENIO MARCO”.

Las unidades médicas que se mencionan en el párrafo anterior se especifican en el Anexo 1 del presente instrumento. Asimismo, los servicios de salud y los medicamentos asociados que se proporcionarán con motivo del cumplimiento del objeto del presente instrumento se encuentran definidos en el Anexo 2.

En el supuesto de que algún menor de edad requiera los servicios del segundo o tercer nivel de atención, "EL IMSS" se compromete a referirlo al hospital de "LOS SERVICIOS" más cercano al lugar donde se ubique la unidad médica de "EL IMSS" que le haya prestado servicios del primer nivel de atención.

SEGUNDA.- OBLIGACIONES DE "LOS SERVICIOS". Para la ejecución del presente Convenio, "LOS SERVICIOS", a través del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, se comprometen a:

1. Llevar a cabo acciones de identificación de menores de edad, beneficiarios de "EL PROGRAMA" para promoción, difusión e incorporación a los beneficios que en materia de protección social en salud, sean provistas por "EL IMSS".
2. Coordinar con "EL IMSS" la difusión y promoción que deberá realizarse para la implementación y operación de "EL PROGRAMA" de conformidad con lo dispuesto en las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación vigentes para el ejercicio fiscal correspondiente, en lo sucesivo Reglas de Operación vigentes; así mismo, definir la metodología de capacitación que permita conocer y sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de la aplicación de lineamientos rectores, como lo son las citadas Reglas de Operación vigentes.
3. Proporcionar a "EL IMSS", previa validación de "LA COMISION" y dentro de los quince días naturales siguientes a ésta, el número de menores de edad afiliados a "EL PROGRAMA", en concordancia con lo dispuesto en las Reglas de Operación vigentes.
4. Expedir a los beneficiarios de "EL PROGRAMA", la póliza de afiliación, documento indispensable para su identificación y solicitud de servicios de salud en la Unidad Médica de "EL IMSS" que le corresponda.
5. Apoyar ante la Secretaría de Salud de la Federación, el proceso de acreditación de las Unidades Médicas de "EL IMSS", que participen en la prestación de servicios en los términos del presente convenio y de lo establecido por la Ley General de Salud, su Reglamento en materia de Protección Social en Salud y en las Reglas de Operación vigentes.
6. Llevar a cabo en coordinación con "EL IMSS", el seguimiento, control y evaluación integral de la operación de "EL PROGRAMA" y de las unidades médicas que participen en la prestación de servicios en los términos del presente convenio, con la finalidad de constatar el tipo de atención que es proporcionada a las familias beneficiarias.
7. Garantizar y tutelar los derechos de los niños afiliados a "EL PROGRAMA", de conformidad con lo establecido en la Ley General de Salud, las Reglas de Operación vigentes y demás disposiciones normativas aplicables.
8. Verificar el seguimiento y solución otorgada por "EL IMSS" a los niños beneficiarios por motivo de las quejas, sugerencias o comentarios que hayan registrado, enviando a través del Régimen Estatal de Protección en Salud una respuesta por escrito a cada quejoso.
9. Recibir dentro de los 15 últimos días de los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre la proyección de "EL IMSS", respecto de los posibles menores de edad a atender en el trimestre siguiente e informar de esto a "LA COMISION" de manera escrita y con acuse de recibo, dentro de los 10 días hábiles siguientes a que le notifique "EL IMSS", con el objeto de que "LA COMISION" pueda enviar los recursos financieros por motivo del número de menores proyectados que sean parte de "EL PROGRAMA" e informados por "LOS SERVICIOS". La radicación de recursos se realizará por "LA COMISION" de conformidad con los tabuladores que forman parte del "CONVENIO MARCO" y que se actualizan anualmente.
10. Recibir dentro de los últimos 5 días de los meses mencionados en el numeral anterior, los informes y documentación soporte de los menores de edad atendidos en las Unidades Médicas del "EL IMSS" en el trimestre anterior, con el objeto de que notifique a "LA COMISION", los recursos erogados, para que ésta realice el ajuste respectivo y lo aplique en la transferencia de recursos del trimestre posterior.

TERCERA.- COMPROMISOS DE "EL IMSS". Para la ejecución del presente Convenio, "EL IMSS", se compromete a:

1. Orientar y canalizar a las familias solicitantes de incorporación a "EL PROGRAMA", sobre la expedición de la Clave Unica de Registro de Población y la ubicación de los módulos fijos y móviles de afiliación.
2. Colaborar con "LOS SERVICIOS", a fin de que el personal de las Unidades Médicas de "EL IMSS" en el Estado conozcan los lineamientos rectores y forma de operación de "EL PROGRAMA" de conformidad con las Reglas de Operación vigentes.

3. Instruir al personal de salud adscrito a las Unidades Médicas de "EL IMSS" para solicitar a las familias la póliza de afiliación del menor a "EL PROGRAMA", que las acredite como beneficiarios.
4. Proporcionar a los beneficiarios de "EL PROGRAMA", a través de las Unidades Médicas de "EL IMSS", los servicios de salud de primer y, en su caso, segundo nivel de atención médica definidos en el Anexo 2 del presente instrumento y suministrar de forma gratuita, los medicamentos asociados al "CAUSES", que se describen en el mismo Anexo.
5. Otorgar los servicios de atención médica y suministro de medicamentos, aplicando los criterios y lineamientos establecidos en las Reglas de Operación vigentes, el marco normativo del Sistema de Protección Social en Salud y de los Servicios de Salud de _____, teniendo en consideración lo siguiente:
 - 5.1. Integrar el expediente clínico de acuerdo a la normatividad vigente.
 - 5.2. Implementar y operar el traslado a los niños beneficiarios cuando requieran servicios de salud de segundo y tercer nivel de atención al Hospital más cercano que le corresponda.
6. Realizar las actividades y mejoras necesarias en los términos de la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de Protección Social en Salud para obtener la acreditación de las Unidades Médicas, participantes en la prestación de los servicios objeto del presente convenio.
7. Atender las quejas, sugerencias o comentarios, que los representantes y/o familiares de los beneficiarios del Seguro Médico para una Nueva Generación presenten sobre la atención médica recibida en las Unidades Médicas de "EL IMSS" y que se reciban a nivel nacional o estatal, proporcionando el seguimiento oportuno, aplicando las medidas correctivas procedentes e informando a "LA COMISION" y al REPSS, de la solución otorgada al quejoso.
8. Enviar por escrito y con acuse de recibo a "LOS SERVICIOS", dentro de los 15 últimos días de los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre, las proyecciones de menores de edad a atender.
9. Remitir a "LOS SERVICIOS" los informes y soportes documentales de los menores de edad atendidos en el trimestre inmediato anterior, dentro de los últimos 5 días de los meses mencionados en el numeral anterior.

CUARTA.- SERVICIOS A PRESTAR. Las partes convienen en que los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención previstos en las Cláusulas Primera y Tercera del presente Convenio, son los definidos en el Anexo 2 de este instrumento jurídico y los medicamentos asociados que deberán suministrarse de forma gratuita se encuentran especificados en el mismo anexo, sin perjuicio de lo establecido en las Reglas de Operación vigentes.

QUINTA.- CONTRAPRESTACION Y FORMA DE PAGO. Por la prestación de los servicios médicos señalados en las Cláusulas Primera y Tercera, por cada uno de los menores de edad a que se refiere el presente Convenio, que sean parte de "EL PROGRAMA" y asignados a las Unidades Médicas de "EL IMSS", como resultado de la proyección de niños a atender que le remitan "LOS SERVICIOS", "LA COMISION" pagará el monto del trimestre siguiente a "EL IMSS" de conformidad con lo mencionado en la Cláusula Octava del "CONVENIO MARCO" y que también se adjuntan al presente como Anexo 4, en la cuenta bancaria específica cuyos datos se describen en el Anexo 5 que se adjunta al presente instrumento.

Cabe mencionar que "LOS SERVICIOS", deberán verificar que los casos hayan sido realmente atendidos de conformidad con las documentales que le entregue "EL IMSS", con el propósito de informar a "LA COMISION", de manera fidedigna y esta última proceda a realizar, en su caso, el ajuste correspondiente para el pago del trimestre posterior, remitiendo los recursos dentro de los 10 días hábiles posteriores a la validación de los informes de los casos atendidos.

SEXTA.- RESPONSABILIDAD. Las partes convienen que, para todos los efectos legales, los niños nacidos a partir del 1 de diciembre del 2006 y que sean beneficiarios de "EL PROGRAMA" cuyas edades fluctúan entre los 0 meses a 6 años, en ningún caso, podrán ser considerados por ese hecho, como derechohabientes de "EL IMSS" en los términos previstos en la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos.

SEPTIMA.- VIGENCIA. El presente Convenio surtirá sus efectos a partir de la fecha de su firma y tendrá una vigencia indefinida, pudiendo darse por terminado a solicitud de cualquiera de las partes, previo aviso por escrito a la contraparte con una anticipación mínima de noventa días hábiles.

OCTAVA.- MODIFICACIONES. El presente Convenio podrá ser modificado, de común acuerdo, a petición expresa y por escrito de cualquiera de las partes, en cuyo caso, se deberá suscribir el convenio modificatorio correspondiente.

NOVENA.- COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES. Todas las notificaciones o avisos que deseen hacer las partes con motivo del presente convenio, se harán por escrito. Un aviso se considerará efectivo contra la recepción por la parte receptora en el domicilio señalado por las partes en el apartado de declaraciones.

DECIMA.- RELACION LABORAL. Las partes se constituyen como único patrón, según corresponda, del personal que cada uno ocupe para cumplir con el objeto del presente Convenio, en los términos del artículo 10 de la Ley Federal del Trabajo, quedando cada parte totalmente a cargo de las obligaciones laborales, contractuales y fiscales que se deriven de las relaciones laborales con sus propios trabajadores, liberando a su contraparte de cualquier responsabilidad solidaria y reclamación que hagan sus trabajadores al respecto.

Por lo tanto, las partes bajo ninguna circunstancia podrán ser consideradas como patrones solidarios o sustitutos, ni tendrán ninguna responsabilidad u obligación con relación al personal de su contraparte.

DECIMA PRIMERA.- ACCESO A LA INFORMACION.- La información y actividades que se presenten, obtengan y produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento, serán clasificadas atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y su Reglamento.

DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULAS QUE SE TIENEN POR REPRODUCIDAS.- Dado que el presente Convenio Específico de Coordinación Interinstitucional deriva de "EL CONVENIO MARCO DE COLABORACION" a que se hace referencia en el apartado de Antecedentes de este instrumento, las Cláusulas establecidas en este último y en lo que no se opongan al presente se tienen por reproducidas para efectos de este instrumento como si a la letra se insertasen y serán aplicables en todo aquello que no esté expresamente establecido en el presente documento

DECIMA TERCERA.- ANEXOS.- Las partes convienen que los Anexos a que se refiere el presente convenio, debidamente firmados por ellas formarán parte integrante del mismo y son los que a continuación se mencionan:

- a) Anexo 1.- Unidades Médicas en Localidades donde no existen instalaciones de los Servicios Estatales de Salud
- b) Anexo 2.-. Servicios y medicamentos
- c) Anexo 3.- Catálogo Universal de Servicios de Salud 2007 del Seguro Popular.
- d) Anexo 4.- Tabulador.
- e) Anexo 5.- Cuenta bancaria específica de "EL IMSS"

DECIMA CUARTA.- CONTROVERSIAS. Las partes manifiestan que el presente Convenio es producto de la buena fe, por lo que toda controversia que surja de su interpretación o aplicación será resuelta por las mismas.

En caso de que las partes no llegasen a ninguna solución amigable, se someterán a la jurisdicción de los tribunales federales con sede en la Ciudad de México, Distrito Federal, por lo que renuncian al fuero que pudiera corresponderles en razón de sus domicilios presentes o futuros o por cualquier otra causa.

Leído que fue el presente Convenio y enteradas las partes de su contenido, alcance y fuerza legal, lo firman en ____ tantos, en la ciudad de _____, a los ____ días del mes de _____ del año 2009.

Por "LA COMISION"

Maestro Daniel Karam Toumeh
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Por "LOS SERVICIOS"

Por "EL IMSS"

Doctor _____
Secretario de Salud del Estado de _____

Doctor _____
El Delegado del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de _____

Por el "REPSS"

Doctor _____

Anexo 10 Formato de referencia



HOJA DE REFERENCIA

No. de control: _____

URGENCIA SI _____ NO _____

II

NOMBRE (S) _____			
_____	_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES			
NUMERO DE EXPEDIENTE _____	EDAD _____	SEXO _____	

III

UNIDAD QUE REFIERE _____

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____

DOMICILIO _____

_____	_____	_____	_____
CALLE	NUMERO	COLONIA	

SERVICIO AL QUE SE ENVIA _____

V

MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO): T.A. _____ TEMP _____ F.R _____

F.C. _____ PESO _____ TALLA _____

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

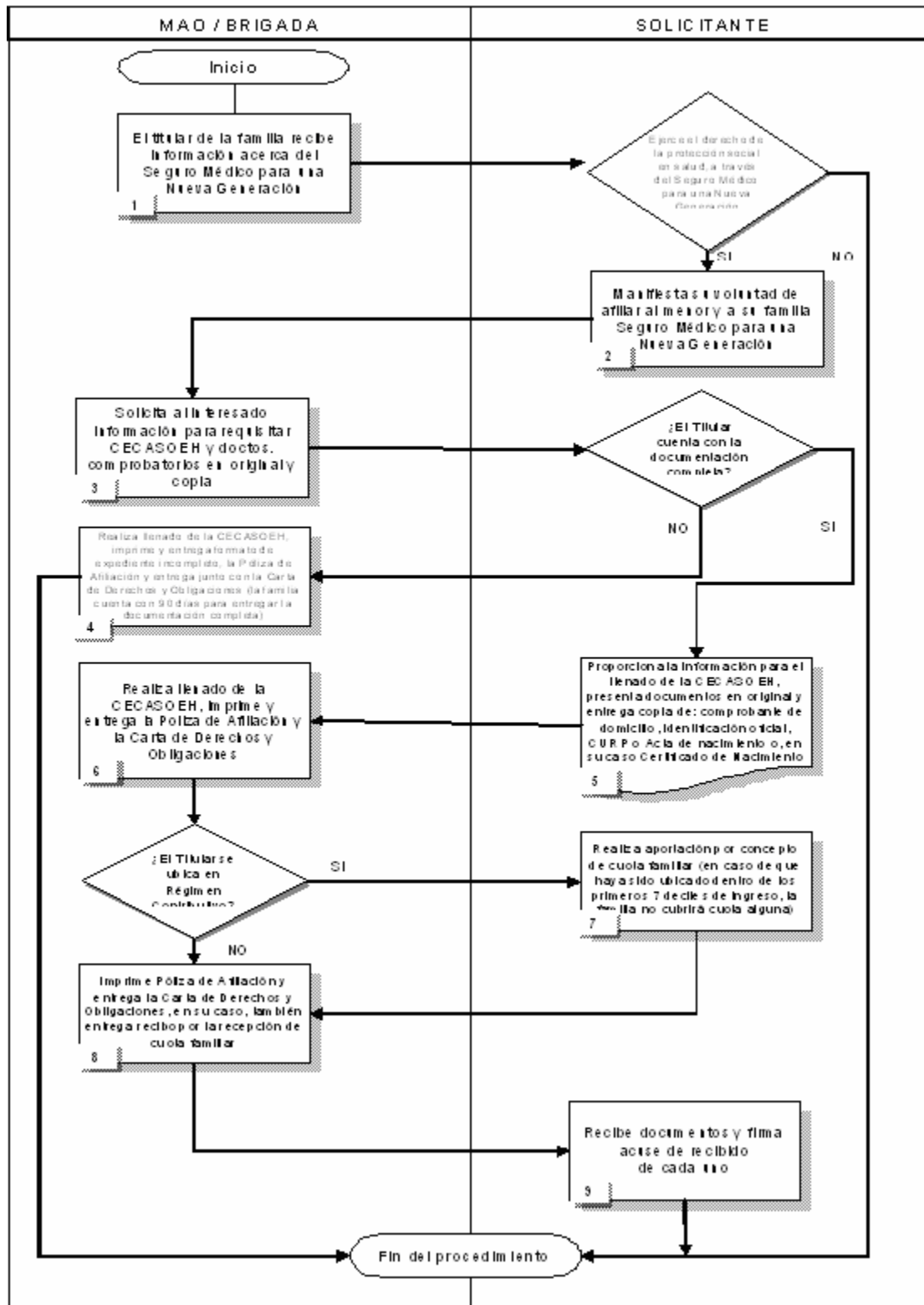
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE

Anexo 11 Procedimiento de afiliación al Seguro Médico para una Nueva Generación.



PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN AL SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN



Anexo 12. Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del sistema de protección social en salud

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2005

JULIO JOSE FRENK MORA, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 77 bis 1, 77 bis 5 y 77 bis 21 de la Ley General de Salud; 41, 49, 51, 124, 125, 127 y 130 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; y 1, 6, 7 fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien emitir los siguientes:

LINEAMIENTOS PARA LA AFILIACION, OPERACION, INTEGRACION DEL PADRON NACIONAL DE BENEFICIARIOS Y DETERMINACION DE LA CUOTA FAMILIAR DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD

Capítulo I

Disposiciones Generales

1. Los presentes Lineamientos son de observancia general, son complementarios a las disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables al Sistema de Protección Social en Salud y establecen los criterios a que se sujetará la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.

Los casos no previstos en estos Lineamientos serán definidos por el Secretario de Salud.

Para los efectos de estos Lineamientos se estará a las definiciones previstas en la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, así como a las siguientes:

Base de datos. Información en medios magnéticos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, integrada a través del Sistema de Administración del Padrón y que contiene los elementos establecidos en el artículo 50 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

CAUSES. Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud. Relación de intervenciones médicas, medicamentos y servicios cubiertos por el Sistema, seleccionados de conformidad con el artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud.

CECASOEH. Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar. Instrumento estandarizado elaborado por la Secretaría que es aplicado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la determinación del nivel socioeconómico de la familia que solicita su afiliación al Sistema de Protección Social en Salud y sirve para la identificación del núcleo familiar y sus integrantes, así como para la determinación de la cuota familiar correspondiente.

Comisión. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Decil de ingreso. Clasificación que ubica a los hogares del país conforme a su ingreso, que permite analizar su concentración de ingreso en una población para valorar equidad o inequidad conforme a la metodología que para el efecto haya realizado el INEGI para determinar el ingreso y gasto de los hogares.

Ley. Ley General de Salud.

Lineamientos. Los presentes Lineamientos.

MAO. Módulos de Afiliación y Orientación. Espacios físicos fijos y móviles con personal capacitado establecidos por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para afiliar a las familias y proporcionarles la información que soliciten sobre trámites y servicios del Sistema de Protección Social en Salud.

Padrón. Relación nominal que contiene los elementos establecidos en el artículo 50 del Reglamento de las familias afiliadas al Sistema, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación.

Póliza de afiliación. (Constancia de inscripción). Documento emitido por el Sistema de Administración del Padrón que sirve como comprobante de incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.

Regímenes Estatales. Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Estructuras administrativas dependientes de los Servicios Estatales de Salud, encargadas de garantizar las acciones de salud en materia de protección social en salud.

Reglamento. Reglamento de la Ley en Materia de Protección Social en Salud.

Secretaría. La Secretaría de Salud.

Servicios Estatales de Salud. Las dependencias de los gobiernos de las entidades federativas, que ejerzan la rectoría de los servicios estatales de salud.

Sistema. Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Sistema de Administración del Padrón. La plataforma informática con la cual se integra el padrón nacional de beneficiarios.

Unidades Médicas. A las clínicas, hospitales o centros de salud que prestan sus servicios a los Regímenes Estatales.

Titular. Representante de la familia que podrá ser desempeñado por cualquiera de las personas enunciadas en el artículo 77 bis 4 de la Ley o en su caso, se podrán considerar los criterios establecidos por el Código Civil Federal.

Capítulo II

De la Promoción y Afiliación

1. Con la finalidad de poder llevar a cabo la promoción y afiliación de las familias susceptibles de incorporarse al Sistema, los Regímenes Estatales deberán crear MAO, así como brigadas de promoción y afiliación.
2. El número de MAO y de brigadas se constituirán, bajo la responsabilidad de las entidades federativas, en función de la meta de afiliación establecida en los acuerdos de coordinación, como una herramienta de afiliación y reafiliación.
3. Los MAO serán responsables de la operación de sus brigadas, como a su vez los Regímenes Estatales serán responsables de la operación de los MAO.

Mecánica de Promoción y Difusión

4. En cada entidad federativa o región identificada como zona de cobertura del Sistema se informará a través de medios directos e indirectos de comunicación sobre las características y ventajas del Sistema y se invitará a la población objetivo para que acuda a afiliarse a los MAO.
5. Los Regímenes Estatales pondrán a disposición de la población:
 - La información sobre los lugares para la afiliación y reafiliación.
 - La información general del Sistema y los mecanismos de la afiliación, a través de material promocional como son folletos, trípticos y carteles, aprobados por la Comisión.

Las actividades de difusión podrán ser apoyadas a nivel nacional por la Comisión.

6. La promoción para la afiliación de familias se realizará directamente por los Regímenes Estatales en las entidades federativas, dando prioridad en los primeros años a la población de las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas.

7. Los Regímenes Estatales llevarán a cabo la promoción del Sistema a través de los MAO y de las brigadas de promoción y afiliación.

8. Las familias interesadas recibirán durante la reunión de promoción la información necesaria sobre las características, requisitos y beneficios del Sistema, los periodos de vigencia, el proceso de afiliación, así como los esquemas de cuotas familiares y en particular sobre el régimen no contributivo. Inmediatamente, se procederá a la afiliación de las familias reunidas que estén interesadas.

9. La Comisión se encargará de proporcionar a los Regímenes Estatales, el diseño de los materiales de difusión y promoción del Sistema. Esta labor deberá ser apoyada por los Regímenes Estatales conforme lo acuerden con la Comisión.

10. Todos los materiales de promoción y difusión que se utilicen para promover la afiliación, deberán ser autorizados por la Comisión.

Capítulo III**Afiliación y Reafiliación****Procedimiento para la Afiliación**

1. El titular de las familias susceptibles de incorporación acudirá a un MAO a manifestar su voluntad para afiliarse al Sistema, lo que podrán realizar también ante las brigadas de afiliación y reafiliación que para el efecto se constituyan.
2. Los MAO o las brigadas solicitarán al interesado que proporcionen la información necesaria para requisitar la CECASOEH.
3. El personal del MAO y la brigada de afiliación aplicarán la CECASOEH. Una vez firmada por el titular de la familia, se considerará como la solicitud de afiliación de las familias al Sistema.
4. El titular deberá presentar original y entregar copia simple de los siguientes documentos:
 - a. Comprobante de domicilio.
 - b. Clave Unica de Registro de Población (CURP) o algún documento oficial que la contenga, de cada uno de los integrantes de la familia. De manera enunciativa pueden ser la cédula de identificación fiscal, el pasaporte, la cédula profesional, los certificados de estudios emitidos por la Secretaría de Educación Pública y la cartilla militar.

En caso que algunos de los miembros de la familia a incorporarse no cuenten con la CURP, deberán entregar copia simple del acta de nacimiento o certificado de adopción de cada uno de ellos, con el propósito de apoyar el trámite de su expedición ante el Registro Nacional de Población (RENAPO). Si los miembros de la familia no cuentan con CURP ni con acta de nacimiento, se procede conforme a los acuerdos que los gobiernos estatales establezcan con las autoridades del Registro Civil o del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, para su obtención.

- c. Identificación oficial con fotografía del titular de la familia. En caso de que no se cuente con identificación oficial podrá presentarse carta de autoridad local como medio de identificación, en tanto se logra un registro oficial.
- d. Si es el caso, comprobante de estudios de los hijos de las personas señaladas en las fracciones I a III del artículo 77 BIS 4 de la Ley, solteros de entre dieciocho y veinticinco años de edad, que acredite que se encuentran cursando estudios de educación media o superior al momento de la afiliación o reafiliación.
- e. Si es el caso, comprobante de ser beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio del Gobierno Federal.
- f. Si es el caso, comprobante que acredite formar parte de alguna colectividad.

Los integrantes de la familia que no puedan incluirse como beneficiarios del Sistema, no deberán entregar documentación.

5. La información obtenida de la CECASOEH y la documentación señalada en el punto anterior se manejará de manera confidencial por los Regímenes Estatales. Posteriormente se capturará y pro-cesará en medios magnéticos, asignándole a cada familia un número de identificación (folio).

6. Las familias interesadas deberán cubrir la cuota familiar así como entregar la copia del recibo correspondiente, salvo que se trate de familias que por su condición socioeconómica entren al régimen no contributivo.

7. En su caso, las familias podrán cubrir la cuota familiar en el MAO o brigada de afiliación, en sucursal bancaria, en las cajas de los hospitales y unidades de salud que para tal efecto habiliten los Regímenes Estatales, o en aquellos otros que autorice la Comisión.

8. El MAO se encargará de tramitar la expedición y entrega de la credencial TUSALUD para todos los beneficiarios, misma que servirá de instrumento de identificación. Asimismo, el MAO proporcionará la Carta de Derechos y Obligaciones y expedirá la Póliza de afiliación en la que se indique el titular, los integrantes beneficiarios de la familia, la vigencia de sus derechos, la cuota familiar anual y la unidad médica que le corresponda.

9. La afiliación al Sistema se formalizará una vez que se entregue al titular la Póliza de afiliación, la cual deberá entregarse de manera inmediata o, en el caso de que no existieran las condiciones necesarias para ello, se entregará a más tardar el último día del mes en que se registre su solicitud de afiliación al Sistema. En caso de presentarse este último supuesto, se entregará al titular de familia un acuse de recepción de la solicitud de afiliación, de no cumplirse con el plazo establecido para la entrega de la Póliza, se entenderá que la familia queda afiliada al Sistema a partir del primer día del mes calendario siguiente en que presente su solicitud de afiliación, debiendo los Regímenes Estatales regularizar esa situación.

10. En caso de que los afiliados no cuenten con la credencial TUSALUD, podrán identificarse para tener acceso a los servicios de salud, con la Póliza de afiliación, o en su caso con el acuse de recepción de la solicitud de afiliación, e identificación oficial con fotografía.

11. La información capturada por los MAO o las brigadas se remitirá a los Regímenes Estatales para actualizar el Padrón.

12. Los MAO y las brigadas serán los responsables de integrar un expediente por cada familia que solicite su incorporación al Sistema. Como mínimo, el contenido de los expedientes incluirá:

- a) Póliza de afiliación;
- b) Si es el caso, recibo de pago de la cuota familiar;
- c) Original de la CECASOEH o reporte que para el efecto emita el Sistema de Administración del Padrón;
- d) Copia de los documentos que se refieren en el punto cuatro de este capítulo.

13. Los Regímenes Estatales se responsabilizarán del resguardo y mantenimiento de los expedientes que se integren de las solicitudes de familias beneficiarias, organizados por número de folio de afiliación al Sistema. El contenido de los expedientes deberá estar integrado en el orden que se señala en el punto anterior.

14. La carencia temporal de la documentación asociada con la residencia y la CURP no será impedimento para la afiliación de la familia o persona al Sistema. En caso de que los interesados en afiliarse al Sistema no aporten la documentación comprobatoria correspondiente, podrán ser afiliados provisionalmente hasta por un periodo de noventa días naturales a partir de inicio de su vigencia; transcurrido este plazo sin que exista comprobación de su cumplimiento, se tendrá por no presentada la solicitud de afiliación y no se devolverá la cuota familiar que, en su caso, se hubiere cubierto.

15. Los expedientes de las familias beneficiarias podrán ser revisados de manera aleatoria en cualquier momento por la Comisión, por lo que en el caso de identificar registros de familias que no tengan como soporte la documentación requerida, se procederá a levantar un acta de verificación que indicará el número de folio correspondiente al expediente incompleto para que los Regímenes Estatales integren en su totalidad dichos expedientes en los treinta días hábiles subsecuentes. Las familias que estén en esa situación gozarán de los servicios que ampara el Sistema, por lo que los Regímenes Estatales transcurrido este periodo serán responsables de los gastos que genere su atención hasta en tanto se regularice su documentación.

Afiliación Permanente

16. Las personas interesadas en afiliarse o reafiliarse al Sistema podrán realizarlo durante todo el año calendario, en los días y horas hábiles establecidos por cada Régimen Estatal para la operación de los MAO y las brigadas.

17. Con la finalidad de dar cumplimiento a las reglas de transparencia en el manejo de recursos públicos federales, los Regímenes Estatales deberán verificar la convergencia entre las campañas de promoción para la afiliación y/o reafiliación y los procesos electorales locales, con la finalidad de evitar un empalme entre las campañas electorales, los comicios y la operación de afiliación.

Afiliaciones Colectivas

18. Los Regímenes Estatales, previa opinión favorable de la Comisión, podrán realizar la afiliación colectiva de familias agremiadas a las colectividades que así lo soliciten, para lo cual es necesario que cada uno de los agremiados cumpla los requisitos establecidos en las disposiciones jurídicas correspondientes, así como los enunciados en este capítulo.

19. De igual manera, bajo las mismas condiciones cualquier institución gubernamental podrá gestionar la afiliación colectiva al Sistema de familias susceptibles de incorporación.

20. La Comisión podrá llevar a cabo la afiliación colectiva de familias de manera directa para lo cual será necesario que lo informe a los Regímenes Estatales para que las considere dentro de las metas de afiliación pactada, o en su caso se establezcan los mecanismos de coordinación pertinentes con aquellas entidades federativas en que tenga presencia la colectividad.

21. La cuota familiar para la afiliación colectiva se fijará de manera uniforme, acorde al nivel de ingreso promedio del grupo para lo cual será necesario aplicar un estudio de condición socioeconómica a una muestra aleatoria representativa del grupo o bajo los criterios específicos que en la operación establezca la Comisión.

22. Las familias que acrediten formar parte de una colectividad, quedarán exentas de la evaluación socioeconómica que forma parte de la CECASOEH.

23. Las familias que pertenezcan a una colectividad conservarán su derecho a afiliarse al Sistema de manera directa, independiente a las condiciones específicas que para esa colectividad se establezcan.

Procedimiento para la Reafiliación

24. Tomando como base que la CECASOEH tiene una validez de tres años, la reafiliación según el régimen de contribución en que se ubique la familia podrá hacerse de la siguiente manera:

a. Reafiliación automática.

Las familias del régimen no contributivo gozarán de la reafiliación automática durante los tres años de validez de la CECASOEH. Al término de este plazo, los Regímenes Estatales, a través de los MAO, deberán aplicar una nueva CECASOEH.

b. Reafiliación simplificada.

Las familias del régimen contributivo podrán reafiliarse de manera simplificada mediante la acreditación del pago de la cuota que les corresponda en los lugares habilitados para tal efecto por los Regímenes Estatales.

Esta reafiliación simplificada podrá realizarse durante los tres años de validez de la CECASOEH. Al término de ese plazo, los Regímenes Estatales, a través de los MAO, deberán aplicar una nueva CECASOEH.

CREENCIALIZACION

25. La Credencial TUSALUD servirá como medio para identificar a los beneficiarios del Sistema y para comprobar la vigencia de sus derechos, misma que podrá ser constatada en las Unidades Médicas que conforman la red de servicios del Sistema, permitiéndoles el acceso pleno a los servicios cubiertos por el Sistema.

26. El diseño de la credencial TUSALUD, estará a cargo de la Secretaría, será único para todo el Sistema y tendrá las siguientes características generales:

a) Escudo Nacional y leyenda "ESTADOS UNIDOS MEXICANOS".

b) Nombre, primer apellido y, en su caso, segundo apellido, CURP definitiva o provisional, entendiéndose por provisional la que emite el Sistema de Administración del Padrón, fotografía, firma y huellas dactilares digitalizadas del beneficiario.

c) Imagen de la República Mexicana.

d) Elementos de seguridad.

e) Leyenda "ESTE DOCUMENTO ES INTRANSFERIBLE, NO ES VALIDO SI PRESENTA ALTERACIONES, TACHADURAS O ENMENDADURAS, EL USO INDEBIDO DE ESTA CREDENCIAL Y DE SUS COMPONENTES SERA SANCIONADO CONFORME A LO PREVISTO POR LA LEGISLACION APLICABLE".

f) Dispositivos electrónicos de microcircuito (Chip de contacto y/o Chip de radiofrecuencia).

g) Logotipo del Sistema Nacional de Salud.

h) Número de serie.

27. En el MAO se tomarán la fotografía, firma y huellas dactilares de los beneficiarios del Sistema, para que se emita la credencial TUSALUD, misma que estará disponible en el MAO para su entrega treinta días naturales posteriores a la validación del padrón.

28. La Comisión podrá participar con los Regímenes Estatales en la expedición de las credenciales TUSALUD.

Capítulo IV

Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH)

Estructura

1. La CECASOEH cuenta con dos apartados:

a. Solicitud de afiliación al Sistema, en la que se indiquen los datos de los beneficiarios, y

b. Evaluación socioeconómica, que contendrá las variables necesarias para definir el decil de ingresos de la familia.

La CECASOEH o, en su caso, el reporte emitido por el Sistema de Administración del Padrón, deberá ser firmada por el titular, bajo protesta de decir verdad de los datos que proporcionó, en la que conste que su afiliación es voluntaria.

Criterios Específicos

2. La CECASOEH, es de aplicación general a las familias que soliciten su afiliación al Sistema y será elaborada con base en el modelo aprobado para el efecto por la Comisión.

3. Las entidades federativas no podrán modificar el contenido ni el formato de la CECASOEH que emita la Comisión.

Su aplicación podrá realizarse mediante medios físicos o magnéticos. En el caso que los Regímenes Estatales opten por la aplicación de la CECASOEH a través de medios magnéticos, el Sistema de Administración del Padrón emitirá un reporte en el que constará la información proporcionada.

4. En caso de que se incorporen familias beneficiarias de programas sociales del gobierno federal en los que ya se haya realizado una valoración de su condición socioeconómica, se considerarán esos criterios como válidos para afiliarse al Sistema y solamente deberán responder el apartado de solicitud de afiliación.

5. En el caso que la familia se sostenga con ingresos compartidos por varios de sus miembros, deberán éstos registrarse en la CECASOEH para efectos de cuantificar adecuadamente el ingreso familiar.

6. A efecto de validar la información proporcionada por el titular, ésta podrá ser verificada por los Regímenes Estatales o por la Comisión, a través de los mecanismos de control que para el efecto se implanten.

7. La información contenida en la CECASOEH tendrá validez por tres años para efectos de rea-filiación. Habiendo transcurrido ese periodo, se le deberá aplicar a la familia una nueva evaluación socioeconómica.

8. En el caso de que se presenten desastres naturales declarados por las autoridades competentes mediante comunicado oficial, que pudieran modificar las condiciones socioeconómicas de los habitantes de las zonas afectadas, los Regímenes Estatales, bajo su responsabilidad, podrán constituir el número de MAO y brigadas necesarias para aplicar, a solicitud de parte, nuevas CECASOEH a las familias afectadas al término de la vigencia anual de su afiliación al Sistema, con el propósito de reconocer las condiciones socioeconómicas vigentes, así mismo podrán exentar de pago a las familias afectadas durante el periodo restante de su vigencia anual, informando de lo anterior a la Comisión.

9. En el caso de fallecer o discapacitarse permanentemente el principal sostén económico de la familia durante el periodo de vigencia anual de su afiliación al Sistema, la familia podrá solicitar la aplicación de una nueva CECASOEH al término de dicha vigencia, presentando original y entregando copia simple del acta de defunción correspondiente, o en su caso del certificado que acredite la discapacidad emitido por un médico autorizado para ejercer dicha profesión, con el propósito de que se le reconozcan sus condiciones vigentes.

10. En los supuestos planteados en los puntos 8 y 9 anteriores, aplicarán los mismos plazos de resolución que para el trámite de afiliación.

Capítulo V

De las Cuotas Familiares

Capacidad de Pago de las Familias

1. El monto de las cuotas familiares se definirá según la condición socioeconómica de las familias por medio de la aplicación de la CECASOEH.
2. La clasificación de las familias según su nivel de ingreso se realizará mediante el modelo estadístico de análisis discriminante contenido en el Sistema de Administración del Padrón elaborado por la Comisión y puesto a disposición de los Regímenes Estatales.
3. La evaluación socioeconómica a las familias se realizará en los MAO incorporando la información obtenida en la CECASOEH al Sistema de Administración del Padrón, mismo que arrojará como resultado el decil de ingreso a que corresponde la familia. Tales variables podrán comprender las condiciones de la vivienda, así como la escolaridad de sus integrantes.

Cuotas Familiares

4. La cuota familiar deberá ser significativamente menor al considerado gasto catastrófico, que para los efectos de la determinación se considerará como un treinta por ciento del ingreso disponible de la familia. Esta cantidad deberá ser congruente con la capacidad de aportación determinada a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares que lleve a cabo el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza del Gobierno Federal y en la disposición a pagar de las familias mexicanas determinada conforme a encuestas nacionales especializadas.

5. Para el ejercicio fiscal 2005, se determina la cuota familiar aplicando un seis por ciento sobre el ingreso neto disponible del decil de ingreso correspondiente, que es aquel que resulta después de descontar de los ingresos familiares los gastos para conseguir los mínimos necesarios para cubrir necesidades de alimentación, con base en la siguiente fórmula:

$$\text{Cuota anual } i = (\text{IND}i) \times (0.06)$$

Donde:

IND es el ingreso neto disponible anual

i decil de ingreso, i = III a X

Con base en la aplicación de la fórmula indicada, las cuotas familiares vigentes a partir de la entrada en vigor de los presentes lineamientos, son las siguientes conforme al decil de ingreso:

Decil de ingreso	Cuota anual familiar (en pesos)
I	-
II	-
III	640
IV	1,255
V	1,860
VI	2,540
VII	3,270
VIII	5,065
IX	6,740
X	10,200

6. Las cuotas familiares serán fijadas por la Comisión de manera anual, las cuales tendrán un incremento máximo anualizado, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, equivalente a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor que da a conocer periódicamente el Banco de México. Las cuotas familiares se difundirán a través de publicación en el Diario Oficial de la Federación antes del quince de febrero de cada año, salvo en el ejercicio fiscal de 2005 que se difunden por este medio.

7. Los Regímenes Estatales aplicarán las cuotas que se encuentren en vigor al momento de la afiliación de las familias y bajo ninguna circunstancia podrán aplicar exenciones o diferimiento de pago que no estén indicadas en las disposiciones jurídicas aplicables. Solamente las familias que se encuentren en los deciles uno y dos de ingreso se ubicarán en el Régimen no Contributivo a que se refiere la Ley y el Reglamento. Asimismo, no podrán solicitar, bajo ninguna circunstancia, al titular de la familia un desembolso monetario mayor a la cuota familiar que les corresponda según el decil de ingreso en que se ubiquen conforme sea determinado con base en la CECASOEH.

Disposiciones Especiales

8. La cuota familiar para la afiliación colectiva podrá fijarse de manera uniforme y en todos los casos corresponderá a alguno de los montos establecidos en el punto 5 del presente capítulo, acorde al nivel de ingresos promedio del grupo para lo cual será necesario aplicar un estudio de condición socioeconómica a una muestra aleatoria representativa del grupo o bajo los criterios específicos que en la operación establezca la Comisión, considerando las características particulares de cada grupo.

9. Las personas mayores de dieciocho años que deseen afiliarse de manera individual al Sistema, aportarán el equivalente al cincuenta por ciento del monto de la cuota familiar que corresponda al decil de ingresos en que se ubique, según los resultados de la evaluación socioeconómica.

10. La cuota familiar de los trabajadores a los que el patrón proporcione vivienda temporal, se calculará con la información que proporcionen sobre el hogar del que forman parte y no con la del hogar donde presten sus servicios.

10 Bis 1. Se considerarán ubicadas en el régimen no contributivo a todas aquellas familias que al momento de su afiliación o reafiliación al Sistema acrediten que al menos un integrante del núcleo familiar tiene hasta 5 años de edad cumplidos y que se ubiquen en el decil III de la distribución de ingresos, como resultado de la CECASOEH.

10 Bis 2. En el caso de desaparecer el supuesto de que al menos un integrante del núcleo familiar tenga hasta cinco años de edad, las familias podrán reafiliarse al Sistema al término de su vigencia, bajo el procedimiento de reafiliación simplificada que se establece en el punto 24, inciso b, de estos lineamientos. Para tales efectos, el Sistema de Administración de Padrón emitirá de manera automática un aviso sobre el procedimiento de reafiliación antes mencionado, que se enviará al domicilio de las familias registrado en el Padrón Nacional de Beneficiarios.

Principio de Solidaridad Social

11. De conformidad con la Ley, las cuotas familiares no serán objeto de devolución en ninguna circunstancia, ni podrán aplicarse a años subsecuentes en el caso de suspensión temporal de los beneficios de la Protección Social en Salud.

Recibos por la Recepción de las Cuotas

12. Los Regímenes Estatales deberán entregar a los beneficiarios el original del recibo foliado que ampare la cuota familiar pagada, en los casos de los deciles I y II -sujetos al régimen no contributivo- no será necesario cumplir con este requisito.

13. Los recibos que se expidan deberán estar foliados de manera secuencial y deberán contener además del monto de la cantidad pagada, la siguiente información:

- a. Imagen institucional del Sistema,
- b. Número de folio,
- c. La identificación de que es un recibo que ampara la cuota familiar,
- d. Nombre y domicilio del titular,
- e. Fecha y lugar de expedición,
- f. Periodo de vigencia que ampara el pago,
- g. Sello y firma de quien recibe.

14. En los informes que entreguen los Regímenes Estatales a la Comisión se deberá incluir el tiraje de recibos impresos, así como el número de folios de recibos utilizados, incluyendo los cancelados.

15. Se considerarán como recibos por la recepción de cuotas, aquellos otros documentos a los que la Comisión les otorgue tal carácter.

Capítulo VI

Información sobre el Manejo y Destino de las Cuotas Familiares

Destino de los Recursos

1. En términos de la Ley, las cuotas familiares se recibirán, administrarán y aplicarán por los Servicios Estatales de Salud a través de los Regímenes Estatales.

2. Para garantizar el adecuado ejercicio de las cuotas familiares, los Regímenes Estatales deberán realizar una planeación anual prospectiva de su recaudación y uso.

3. La programación del destino de los recursos de las cuotas familiares deberá considerar únicamente el abasto de medicamentos, la adquisición de equipo médico y otros insumos para la salud necesarios para el Sistema, priorizando los servicios contenidos en el CAUSES. En el caso que el equipo médico se encuentre considerado en el plan maestro de infraestructura, deberá además cumplir con éste.

4. En los reportes que entreguen los Regímenes Estatales a la Comisión se deberán describir los recursos ejercidos, así como los comprometidos a la fecha de su emisión.

Capítulo VII

Del Padrón de Beneficiarios del Sistema

Integración del Padrón

1.

I. Corresponde a los Regímenes Estatales:

a) Integrar y administrar el Padrón de beneficiarios del Sistema con la adopción de las responsabilidades y manejo que se establecen en los presentes Lineamientos.

b) Verificar que la incorporación de los beneficiarios al Padrón sea a partir de la presentación de la solicitud y previo cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios.

c) Asegurar que la información que se integre o capture a la base de datos contenga los elementos comprendidos en el artículo 50 del Reglamento, así como la información identificada en la CECASOEH, definida en estos Lineamientos, la evaluación del nivel socioeconómico de las familias, la cuota familiar establecida y su vigencia.

d) Utilizar, para la incorporación de la información de las familias beneficiarias al Padrón, la plataforma informática del Sistema de Administración del Padrón que provea la Comisión y conforme su instructivo técnico, así como adoptar las actualizaciones o nuevas versiones de dicho sistema, motivadas por mejoras a los procesos o cumplimiento a nuevas disposiciones en materia de afiliación de beneficiarios.

e) Responsabilizarse de la información del Padrón y de la incorporada al Sistema de Administración del Padrón y adoptar las medidas necesarias para verificar periódicamente sus contenidos y su veracidad, función que recaerá en el área de administración del padrón.

II. Corresponde a la Comisión:

a) Integrar el Padrón nacional a partir de la información contenida en los padrones de los Regímenes Estatales que componen el Sistema.

b) Proveer el Sistema de Administración del Padrón a los Regímenes Estatales para que incorporen mediante dispositivos computacionales, la información de las familias afiliadas al Sistema, lo que permitirá integrar el Padrón nacional con parámetros homogéneos y acorde con los criterios de afiliación indicados en estos Lineamientos.

c) Reorientar, en términos de la Ley y el Reglamento, la transferencia de los recursos federales en las entidades federativas que no hayan alcanzado la meta convenida cada año en el Acuerdo de Coordinación suscrito para la implantación del Sistema en cada entidad federativa, así como, en su caso, autorizar el cumplimiento de la meta en un mes posterior a petición formal de los Regímenes Estatales.

Validación del Padrón

2. Los Regímenes Estatales serán responsables de verificar la información proporcionada por los solicitantes de incorporación al Padrón.

3. Como actividad previa, los Regímenes Estatales deberán adoptar medidas para que los operadores de los MAO integren la información de las familias apegándose a la documentación fuente proporcionada por las familias, teniendo especial cuidado en la captura correcta de folio, nombres de los beneficiarios, CURP y demás datos que complementan el Padrón. Para ello, se deberán establecer mecanismos de verificación aleatoria de documentación fuente contraregistros en base de datos, para medir calidad y pulcritud en la captura y acoger mecanismos correctivos en caso necesario.

4. Los Regímenes Estatales realizarán la validación inicial del Padrón con base a la herramienta de validación integrada al Sistema de Administración del Padrón, previo a su envío a la Comisión, considerando al menos los siguientes lineamientos de control de los registros de la base de datos:

a) Verificar la inexistencia de folios duplicados y, en su caso, corregirlos.

b) Comprobar que las homonimias de titulares, correspondan a personas diferentes, a partir de los datos adicionales de la familia relativos a domicilio e integrantes.

c) Corroborar que la aportación familiar corresponda al decil de ingreso en el que fue ubicada la familia, producto de la aplicación de la CECASOEH y al período de la aportación cubierta por la familia.

d) Verificar que las familias estén referenciadas a una unidad médica de adscripción y éstas a un Hospital General.

e) Revisar que todas las familias pertenezcan a una localidad del catálogo integrado en el Sistema de Administración del Padrón.

f) Conciliar las cifras de familias incorporadas por cada uno de los MAO que operan en el Estado, para que sean idénticas a las integradas al Padrón, asegurando así la atención médica de todos los beneficiarios.

5. En aspectos de validación del Padrón, los Regímenes Estatales deberán adoptar las medidas de control que se identifiquen y las que establezca la Comisión para mejorar los procesos.

Envío y Recepción de la Base de Datos

6. Los Regímenes Estatales a través de sus áreas de administración del padrón, remitirán su base de datos previamente validada de manera continua, mediante conexión en línea con la Comisión. Cuando ello no sea posible, deberán remitir su base de datos con la información previamente validada semanalmente, a la Dirección General de Afiliación y Operación.

7. El envío de la base de datos se realizará a través de la estructura y medios informáticos que provea la Comisión a partir del Sistema de Administración del Padrón y, en su caso, a través de los medios magnéticos alternativos cuando exista algún impedimento circunstancial.

8. La Comisión, realizará una segunda validación de la base de datos remitida por los Regímenes Estatales, a partir de la herramienta de validación integrada en el Sistema de Administración del Padrón. En el caso de detectar inconsistencias, las remitirá para su corrección a los Regímenes Estatales, para que éstos realicen las adecuaciones pertinentes a los registros.

9. Los Regímenes Estatales tendrán un máximo de cinco días naturales para realizar las correcciones a los registros que procedan y los reenviará a la Comisión, la cual revisará para constatar los ajustes correspondientes e incorporarlos al cierre definitivo del mes en curso. En el supuesto de que algunos registros mantuvieran las inconsistencias detectadas originalmente, no procederán para efectos de cierre definitivo y trámite de recursos del mes vigente, y se reenviarán a los Regímenes Estatales para corregir e integrarlos al siguiente mes o para su baja definitiva del Padrón.

Información Definitiva

10. La información definitiva del Padrón del mes en turno, será la del cierre autorizado por la Comisión, misma que turnará a los Regímenes Estatales. Por lo tanto, la información oficial que se proporcione por los Regímenes Estatales deberá desprenderse de dicho cierre.

11. Con el cierre definitivo, dentro de los diez días hábiles del mes subsecuente, la Comisión procederá a iniciar el trámite para la transferencia de las aportaciones federales por las familias afiliadas al Sistema.

Incidencias al Padrón

12. Los Regímenes Estatales podrán realizar ajustes a los datos de los beneficiarios a petición de éstos, por la detección de registros incorrectos en valoraciones que se realicen a la base de datos contra los expedientes en custodia de los propios Regímenes Estatales, por la evaluación que ordene la Comisión, y por producto del cotejo del Padrón solicitada por la Comisión anualmente al Consejo de de Salubridad General conforme lo acuerden, contra los padrones de las instituciones de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica.

En todos los casos, los ajustes deberán estar siempre respaldados con la documentación fuente que corresponda al movimiento de los datos integrados en los expedientes de las familias afiliadas, ya que al realizarse la evaluación o auditoría al Padrón serán solicitados para su corroboración.

13. Cuando no se disponga de sistemas en línea que permitan mantener actualizada la base de datos y el Padrón nacional, las correcciones de inconsistencias antes referidas se deberán realizar posteriormente al cierre de cada mes y concluir antes del envío de la base de datos del mes subsecuente para el control de una base de datos homogénea.

Igualmente, las incidencias al Padrón, deberán ser notificadas mediante aviso en los MAO por los titulares de familia.

Estos ajustes serán realizados por el personal del MAO, previa revisión de la documentación soporte que corresponda conforme al punto 4 del Capítulo III de estos lineamientos. Una vez registrados en el Sistema de Administración del Padrón, se deberá generar y entregar al titular de familia el comprobante respectivo de manera inmediata.

Resguardo, Acceso y Control del Padrón

14. Los Regímenes Estatales, una vez declarado el cierre oficial de afiliación del periodo correspondiente por la Comisión, procederán a:

a) Respaldo la información del Padrón de cierre mensual y realizar al menos dos respaldos adicionales en disco compacto informáticamente protegido u otros dispositivos de almacenamiento existentes en el mercado alternos al integrado al equipo de cómputo, en donde el responsable del área de administración del padrón acopia la información de la base de datos, para asegurar la recuperación integral de la información en caso de una eventualidad. Para ello se deberán de adoptar las medidas de control de condiciones ambientales necesarias, establecidas por los proveedores de estos insumos para su cuidado, manejo y conservación.

b) Realizar el respaldo de la base de datos previo a cada cambio de versión del Sistema de Administración del Padrón, para asegurar su recuperación e integridad de la información.

c) Efectuar la actualización del Sistema de Administración del Padrón a partir de las versiones que libere la Comisión y asegurar que la integración de la información se realice con la versión actualizada.

d) Resguardar el Padrón del cierre de cada mes una vez oficializado por la Comisión, a efecto de preservar el récord histórico por cada periodo, ya que será el medio reconocido de sustento a la solicitud de transferencia de los recursos federales, así como soporte de los informes oficiales de los Servicios Estatales de Salud como de los propios Regímenes Estatales.

e) Adoptar las medidas de recuperación de información del Padrón en el caso de siniestros tales como: terremotos, inundaciones, incendios u otros que pudieran afectar la integridad de los respaldos de información de la base de datos, seleccionando un lugar físico alternativo de almacenamiento de los respaldos

del Padrón al lugar de adscripción, a efecto de asegurar su recuperación integralmente. Para ese efecto, se turnarán a tal lugar de almacenaje al menos dos discos compactos con el respaldo de la información por cada mes de cierre de Padrón.

El acceso a este lugar alternativo deberá recaer en el responsable del Régimen Estatal y el titular del área de administración de padrón para asegurar la información confidencial depositada.

Confidencialidad y Difusión de Información del Padrón

15. El Padrón estará sujeto a las normas de confidencialidad en los términos previstos en el Título Primero, Capítulo III de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (Ley de Transparencia), y a los artículos relativos de la Ley de Información Estadística y Geográfica, así como a los siguientes criterios:

Los Regímenes Estatales deberán mantener los datos personales bajo la política de confidencialidad y estricto resguardo, estableciendo para ello los candados informáticos necesarios, para que su acceso sea restringido sólo a personal autorizado, obligación que recaerá en el titular del Régimen Estatal auxiliado por el responsable del área de administración del padrón. Los candados para acceder al equipo que resguarda el Padrón, serán mediante claves confidenciales que sólo deberán conocer los responsables autorizados antes aludidos.

La Comisión a partir del Padrón validado de las entidades estatales, es responsable de integrar y resguardar el Padrón nacional, estableciendo las medidas necesarias para proteger la información confidencial y el acceso a la misma.

Asimismo, adoptará las medidas necesarias para el respaldo de la información en medios de almacenamiento alternos al equipo de cómputo seleccionado para albergar la información del Padrón. En el caso de siniestros, la Comisión podrá recuperar la información directamente de los Regímenes Estatales en un plazo no mayor a cinco días hábiles.

Evaluación del Padrón

16. La Comisión tendrá la facultad de ordenar las evaluaciones que considere pertinentes a los padrones de beneficiarios de los Regímenes Estatales para verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley, en su Reglamento y en estos Lineamientos, así como para establecer estrategias y líneas de acción para mejorar la integración, protección y calidad de la información.

Los Regímenes Estatales deberán adoptar las recomendaciones y líneas estratégicas que emanen de la evaluación que ordene la Comisión y cumplirlas en los tiempos que se establezcan de común acuerdo en las minutas de trabajo.

Cotejo

17. La Comisión solicitará anualmente al Consejo de Salubridad General, conforme lo acuerden, la realización del cotejo del Padrón contra los padrones de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica. El Consejo de Salubridad General podrá contratar servicios especializados para el cotejo de padrones, cubriendo dichos servicios con cargo a los recursos del Sistema.

18. Del dictamen del cotejo que genere el Consejo de Salubridad General y turne a la Comisión, cancelación de los beneficios del Sistema de las familias o alguno de sus integrantes, según corresponda, que se encuentren registradas en alguno de los padrones de las instituciones de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica, notificando a los Regímenes Estatales de la cancelación de los registros correspondientes en su base de datos, mismos que deberán reflejarse en los siguientes envíos de información del Padrón sin que medie resolución alguna.

Capítulo VIII

Disposiciones Finales

De la Difusión

1. Los Regímenes Estatales serán responsables de poner a disposición del público en general, los presentes Lineamientos y los procedimientos que deriven de ellos, mediante folletos, medios masivos de comunicación e Internet, a través de la página www.salud.gob.mx.

De la Vigilancia y Cumplimiento

2. La Comisión vigilará el cumplimiento de la aplicación de los presentes Lineamientos y dictará las disposiciones operativas a que haya lugar.

De las Quejas, Sugerencias y Denuncias

3. Las quejas y sugerencias sobre las actividades y funciones de prestadores de servicios del Sistema, serán canalizadas en el centro de atención telefónica en el número 01 800 de la Secretaría o bien a través de los MAO.

4. En caso que alguna queja o denuncia revista actos que impliquen responsabilidad administrativa de funcionarios públicos, se atenderá conforme a lo dispuesto en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

TRANSITORIOS

PRIMERO. Los presentes Lineamientos entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Los Regímenes Estatales, mantendrán vigente la credencial que actualmente emiten para sustentar la incorporación de las familias afiliadas al Sistema, en tanto la Comisión establezca los nuevos criterios de diseño y elaboración de la Credencial TUSALUD.

TERCERO. Para efectos de lo establecido en el punto 16 del capítulo III de estos Lineamientos, los Regímenes Estatales realizarán la afiliación de beneficiarios al Sistema conforme a los siguientes periodos de afiliación señalados en el cuadro que se incluye a continuación, hasta en tanto se instaure la afiliación permanente y continua por parte de los Regímenes Estatales:

Período trimestral	Período de Afiliación- Reafiliación	Inicio de la Vigencia	Término de la vigencia
I	1 al 31 de diciembre (año anterior)	1 de enero	31 de diciembre
II	1 al 31 de marzo	1 de abril	31 de marzo (año siguiente)
II	1 al 30 de junio	1 de julio	30 de junio (año siguiente)
IV	1 al 30 de septiembre	1 de octubre	30 de septiembre (año siguiente)

El desarrollo anticipado del proceso de afiliación no implica ajustes o modificación a los periodos de inicio y término de vigencia de las familias afiliadas al Sistema.

CUARTO. La Comisión deberá actualizar la CECASOEH en un plazo que no exceda de un año a partir de la publicación de los presentes Lineamientos, según los criterios establecidos en las legislaciones aplicables, misma que se difundirá a los Regímenes Estatales para su observación.

QUINTO. En la determinación de las cuotas familiares vigentes, se establecieron como base los criterios siguientes:

- a) Los Lineamientos emitidos por el Comité Técnico de Medición de la Pobreza del Gobierno Federal para conocer los requerimientos mínimos necesarios de un hogar;
- b) En protección financiera en Salud, el parámetro de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aplicado para el caso de México, sobre el gasto catastrófico, y
- c) La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares en curso.

SEXTO. De conformidad con lo establecido en el Capítulo VII de estos Lineamientos, para el envío-recepción continuo de las bases de datos de los Regímenes Estatales, la Comisión deberá realizar las adecuaciones a la plataforma informática que soporte la operación del Sistema. En tanto, serán aplicables los criterios de envío y recepción trimestral de la base de datos conforme al cuadro siguiente:

Calendario del proceso de envío y validación de base de datos

Trimestre	Envío Base de Datos por Regímenes Estatales	Revisión por la Comisión y envío de registros inconsistentes	Reenvío de Base de datos con correcciones a casos inconsistentes por los Regímenes Estatales
I	1 al 15 enero	16 al 31 de enero	1 al 15 febrero
II	1 al 15 abril	16 al 30 de abril	1 al 15 mayo
II	1 al 15 de julio	16 al 31 de julio	1 al 15 agosto
IV	1 al 15 de octubre	16 al 31 de octubre	1 al 15 noviembre

La Comisión podrá autorizar a los Regímenes Estatales la ampliación de los periodos considerando el número de familias a afiliar.

Los presentes Lineamientos se expiden en México, Distrito Federal, el primero de julio de dos mil cuatro.-
El Secretario de Salud, Julio José Frenk Mora.- Rúbrica.

ARTICULOS TRANSITORIOS DE PUBLICACIONES DE ADICIONES Y MODIFICACION ADICIONES A LOS LINEAMIENTOS PARA LA AFILIACION, OPERACION, INTEGRACION DEL PADRON NACIONAL DE BENEFICIARIOS Y DETERMINACION DE LA CUOTA FAMILIAR DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD, PUBLICADOS EL 15 DE ABRIL DE 2005

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 2005

UNICO. Se adicionan el rubro de Credencialización y los puntos 25, 26, 27, 28 y 29 al Capítulo III "Afilación y Reafiliación" de los Lineamientos para la Afilación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente ordenamiento jurídico entra en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Los Regímenes Estatales tomarán las fotografías, firmas y huellas dactilares de los beneficiarios del Sistema en forma gradual, o bien, al momento de reafiliarlos; en tanto, mantendrán vigente la credencial que actualmente emiten para sustentar la incorporación de las familias afiliadas al Sistema.

TERCERO. La Comisión dará a conocer a los Regímenes Estatales, de manera oficial y confidencial, las características técnicas específicas de la credencial TUSALUD, de la información a que se refiere el punto 27 de este ordenamiento jurídico y la fecha de implementación, a más tardar en seis meses posteriores a su publicación.

Las presentes Adiciones a los Lineamientos se expiden en México, Distrito Federal, el diecisiete de octubre de dos mil cinco.- El Secretario de Salud, Julio José Frenk Mora.- Rúbrica.

ADICIONES A LOS LINEAMIENTOS PARA LA AFILIACION, OPERACION, INTEGRACION DEL PADRON NACIONAL DE BENEFICIARIOS Y DETERMINACION DE LA CUOTA FAMILIAR DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre de 2005

UNICO. Se adicionan los puntos 10 Bis 1 y 10 Bis 2 al apartado de Disposiciones Especiales del Capítulo V de los Lineamientos para la Afilación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente ordenamiento jurídico entra en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. La incorporación de las familias susceptibles de incorporarse al régimen no contributivo que se indica en este ordenamiento estará sujeta a la disponibilidad presupuestal, a las metas de afiliación que establece el Transitorio Octavo del Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003, así como al Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud suscrito con las entidades federativas.

El presente ordenamiento jurídico se emite en México, Distrito Federal, el doce de septiembre de dos mil cinco.- El Secretario de Salud, Julio Frenk Mora.- Rúbrica.

MODIFICACION A LOS LINEAMIENTOS PARA LA AFILIACION, OPERACION, INTEGRACION DEL PADRON NACIONAL DE BENEFICIARIOS Y DETERMINACION DE LA CUOTA FAMILIAR DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de junio de 2006.

UNICO.- Se modifica en el punto 1 del Capítulo I de los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, la denominación del Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), para quedar como Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

TRANSITORIOS

PRIMERO.- La presente modificación entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Las referencias hechas al Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), en los ordenamientos jurídicos o instrumentos consensuales de otra naturaleza, se entenderán hechas a partir de la entrada en vigor de las presentes modificaciones, al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los cinco días del mes de junio de dos mil seis.- El Secretario de Salud, Julio José Frenk Mora.- Rúbrica.