

ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el ejercicio fiscal 2011.

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; 30, 31 y Anexo 18 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011; y 6 y 7 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de mayo de 2007, dentro de su Eje 3 Igualdad de Oportunidades, establece como Objetivo 7 que el Gobierno Federal debe llevar a cabo acciones tendientes a evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico universal;

Que en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de enero de 2008, señala en el numeral 7.1 de su *Sección 4 Estrategias y Líneas de Acción*, el establecimiento del Seguro Médico para una Nueva Generación, que incorpore a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al Sistema de Protección Social en Salud;

Que a través del Seguro Médico para una Nueva Generación, todos los niños nacidos a partir del primero de diciembre del año dos mil seis, se encuentran protegidos de los principales padecimientos que se presentan en los primeros cinco años de vida, a través de un seguro médico que cubre los servicios médicos que se prestan en los centros de salud, acciones hospitalarias respectivas, así como los medicamentos asociados, consultas y tratamientos;

Que de conformidad con el artículo 77 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, los programas a través de los cuales se otorguen subsidios y que deberán sujetarse a reglas de operación, son los que se detallan en el Presupuesto de Egresos de la Federación, como es el caso del Seguro Médico para una Nueva Generación, y

Que a fin de continuar con las acciones del 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 2011

UNICO.- Se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación para el Ejercicio Fiscal 2011, a cargo de la Secretaría de Salud, de conformidad con las siguientes:

REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2011

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, así como del avance en la tecnología médica. Sin embargo, los logros en salud y las transiciones de índole epidemiológica y demográfica se han dado de manera desigual a lo largo del país y entre los diferentes estratos de ingreso en la población.

En ese sentido, las condiciones de salud en los primeros años de vida impactan de manera decisiva y en ocasiones de forma permanente en 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; pudiendo afectar también el desarrollo antropométrico y cognoscitivo, lo que genera problemas o desventajas permanentes en el desempeño escolar y/o laboral. La incorporación en el primer año de vida de las vacunas contra neumococo y contra rotavirus, dos microbios causantes de infecciones respiratorias e intestinales, respectivamente, ha contribuido a la reducción del número de muertes por neumonía y por diarrea en niñas y niños menores de cinco años.

Por lo anterior, 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 (PDHO).

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 de salud y las mayores oportunidades para que una nueva generación que esté más capacitada, preparada y activa.

Este Programa se inserta en la política de salud que establece el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, los cuales reconocen que nuestro sistema sanitario debe resolver las desigualdades 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 Nacional de Desarrollo 2007-2012, 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.

En concordancia con el párrafo anterior, resulta indispensable la generación de una cultura del autocuidado de la salud ya que la falta de una cultura preventiva de la salud y los inadecuados hábitos de nutrición e higiene, agudizan los problemas de morbilidad y desnutrición, así como la probabilidad de que se presenten enfermedades infecto-contagiosas y las crónico-degenerativas que precisan de acciones de salud especializadas, situaciones que se verían atenuadas con el debido cumplimiento de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud.

De esta manera, 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.

Contribuir a la disminución del empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico universal de los niños nacidos a partir del 1º de diciembre de 2006, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social.

2.2. Objetivo específico

Atender a la población nacida a partir del 1o. de diciembre de 2006 y que no sea derechohabiente de alguna institución de seguridad social, para que cuente con un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia.

3. Lineamientos

3.1. Cobertura.

El SMNG tendrá cobertura en cualquier localidad del territorio nacional donde habiten familias con niños nacidos a partir del 1o. de diciembre del 2006, que no sean derechohabientes de alguna institución de 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 del SMNG.

3.2 Población.

3.2.1 Población potencial: corresponde al 54% de los nacimientos proyectados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el período 2007-2010 y representa la población que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social o que no cuenta con algún otro mecanismo de previsión social en salud.

3.2.2 Población objetivo: son los mexicanos nacidos a partir del 1o. de diciembre del 2006, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de

previsión social en salud y corresponderá al 80% de la población potencial, considerando que se trata de un aseguramiento voluntario.

3.2.3 Población atendida: estará constituida por los niños afiliados y con adscripción a una unidad médica del Sistema de Protección Social en Salud.

3.3 Criterios de elegibilidad.

Para ser elegibles como beneficiarios del SMNG, los niños, deberán:

Ser mexicanos residentes en el territorio nacional;

Haber nacido a partir del 1o. de diciembre del 2006;

No ser derechohabientes de la seguridad social o contar con algún otro mecanismo de previsión social en salud.

3.4 Requisitos de afiliación.

Requisitos de afiliación para:

A) Familias que ya están afiliadas al Sistema.

El titular de la familia, solicitará voluntariamente la afiliación del menor, y

Entregar en el Módulo de Afiliación y Orientación (MAO) del Sistema al momento de su afiliación, copia de la Clave Unica de Registro de Población (CURP) o del Acta de Nacimiento o, en su caso, del Certificado de Nacimiento implementado por la Secretaría de Salud (Secretaría). En caso de no proporcionar alguno de estos documentos, el MAO efectuará por escrito la prevención necesaria, dentro de los 10 días hábiles siguientes contados a partir de la solicitud del titular de familia, 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.

B) Familias que no estén afiliadas al Sistema.

El titular de la familia, solicitará voluntariamente la afiliación del menor y de su familia al Sistema , y

Para llevar a cabo la afiliación del menor, se deberá entregar en el MAO del Sistema al momento de su afiliación, copia de la CURP o del Acta de Nacimiento o, en su caso, del Certificado de Nacimiento implementado por la Secretaría, en caso de no proporcionar alguno de estos documentos, el MAO efectuará por escrito la prevención necesaria, dentro de los 10 días hábiles siguientes contados a partir de la solicitud del titular de familia, 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.

En los casos señalados en los apartados anteriores, la autoridad correspondiente dará respuesta, respecto del trámite de afiliación, en el momento mismo en que se presenten los documentos que acrediten que se cumplen los requisitos para ser beneficiario del SMNG, en el entendido de que el inicio de la vigencia de los derechos comenzará a partir del día de su afiliación.

Los demás integrantes de la familia deberán cumplir con los requisitos para ser beneficiarios del Sistema, establecidos en el artículo 77 bis 7 de la Ley General de Salud, así como en el Capítulo II del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, mismos que pueden ser consultados en la página de internet de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (la Comisión): www.seguro-popular.gob.mx

3.4.1. Para efectos de la afiliación a que se refiere el numeral 3.4., las personas interesadas se sujetarán a lo que disponga el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, así como 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, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2005 y sus reformas, Anexo 15.

3.5. Beneficios.

Los menores afiliados al SMNG recibirán servicios de medicina preventiva y atención médica de primer, segundo y tercer niveles, a partir del día de su afiliación al SMNG y durante la vigencia de sus derechos sin ningún desembolso por el servicio, mediante un paquete de acciones integrado de la siguiente manera:

Un paquete de acciones preventivas y de atención con línea de vida;

Estudios de laboratorio y gabinete que permitan diagnósticos tempranos;

Atención médica, medicamentos e insumos de salud para los padecimientos que afectan a beneficiarios del Programa en segundo y tercer nivel de atención, cuyas patologías generales se mencionan en el Anexo 1.

Considerando que los menores beneficiarios del SMNG también están afiliados al Sistema, tendrán, en adición a lo señalado en los incisos anteriores, derecho a:

Las intervenciones correspondientes al primero y segundo niveles de atención que se encuentren contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) del Sistema, descritas en el Anexo 3, así como los medicamentos asociados; y

Las atenciones contempladas para las enfermedades cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (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; corresponderá al Consejo de Salubridad General determinar la inclusión de intervenciones adicionales, con fundamento en las disposiciones jurídicas aplicables, respecto de aquellas enfermedades de alto costo que provocan gastos catastróficos.

La definición de las intervenciones, los tratamientos, los medicamentos y los demás insumos 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.

Las familias con al menos un beneficiario del SMNG, se sujetarán, en lo conducente, al Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo, publicado el 29 de febrero de 2008 en el Diario Oficial de la Federación, Anexo 16

3.6. Derechos, obligaciones y corresponsabilidades de los beneficiarios.

3.6.1. Derechos.

3.6.1.1. Los beneficiarios del SMNG, tendrán los siguientes derechos:

Recibir todos los beneficios especificados en el numeral 3.5;

Recibir, por parte del personal de todas las dependencias, entidades, instituciones u organizaciones que ofrezcan servicios a los afiliados al SMNG, un trato respetuoso y de calidad, confidencial, digno y equitativo sin distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico, género, edad, discapacidad, condición social o económica, lengua, religión o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos de las personas;

Recibir la Cartilla Nacional de Salud Niñas y niños de 0 a 9 años;

Ser adscrito a una unidad médica del primer nivel de atención;

Recibir los medicamentos e insumos para la salud necesarios para su atención completa y oportuna;

Recibir atención médica en urgencias; y

No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban, concerniente a la cobertura del SMNG;

3.6.1.2. Los beneficiarios del SMNG, a través del titular de la familia, padres o tutores, tendrán los siguientes derechos:

Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, que les permita decidir libremente sobre su atención médica, 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;

Recibir atención médica en urgencias;

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 de Servicios de Salud;

Decidir libremente sobre su atención médica;

Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos para el menor;

Contar con facilidades para obtener una segunda opinión; y

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.

3.6.2. Obligaciones.

Es obligación de los titulares de la familia, padres o tutores de los menores:

Hacer buen uso de la Póliza de Afiliación del Sistema que los acredite como beneficiarios, así como de la Cartilla Nacional de Salud Niñas y Niños de 0 a 9 años y presentarlas siempre que se requieran servicios de salud;

Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;

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;

Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras del Sistema que, en su caso, le correspondan;

Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;

Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud;

Hacer uso responsable de los servicios de salud;

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;

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; y

Cumplir con las corresponsabilidades en materia de salud descritas en el numeral 3.6.3.

3.6.3. 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:

Dar cumplimiento a las conductas de promoción de la salud y a las acciones específicas para la detección y prevención de enfermedades;

Asistir y participar en los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud dirigidos a padres y tutores sobre el cuidado del menor; la periodicidad de los talleres la determinarán los Servicios Estatales de Salud (SESA) conforme el comportamiento de la demanda y la disponibilidad de recursos. Para el caso de las familias que son beneficiarias del PDHO, éstas deberán apegarse a los criterios establecidos en el apartado "CORRESPONSABILIDADES", de las Reglas de Operación del PDHO vigentes. Cuadro 1;

Cuadro 1 Talleres comunitarios para el autocuidado de la salud

Acción	Periodicidad	Temáticas
Capacitación a los padres o tutores, respecto al cuidado de los menores, a través de Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud.	La periodicidad de los talleres la determinarán los SESA y de conformidad con el comportamiento de la demanda y la disponibilidad de recursos.	Seguro Médico para una Nueva Generación El recién nacido El menor de un año El menor de 5 años Enfermedades diarreicas Infecciones respiratorias agudas.

Asistir y participar, cuando sean convocados, al "Modelo de capacitación para el fomento de la lactancia materna, prevención de la muerte de cuna y desarrollo cognitivo del niño";

Llevar al menor a obtener su esquema de vacunación completa y cerciorarse de su registro en la Cartilla Nacional de Salud Niñas y niños de 0 a 9 años;

Llevar al menor a la unidad médica para las revisiones preventivas y registrar su asistencia con la periodicidad siguiente:

Para el recién nacido: 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.

Acudir con el niño beneficiario a las demás visitas médicas que sean recomendadas por el médico tratante;

Sujetarse a las prescripciones y tratamientos médicos indicados;

Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre los antecedentes, necesidades y problemas de salud; y

Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamientos o procedimientos generales a los que hayan aceptado someterse.

3.7. Instituciones e instancias participantes.

3.7.1. Entes normativos.

a) Secretaría de Salud.

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

b) 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 de Protección Social en Salud 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.

c) Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud es responsable de proponer al Secretario de Salud, establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud; coordinar acciones con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR); proponer al Secretario de Salud 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.

d) Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, por conducto de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, por conducto de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud será responsable de establecer, emitir y operar los instrumentos y mecanismos necesarios para el desarrollo del Sistema de Acreditación de establecimientos de atención a la salud a ser incorporados al Sistema. Asimismo, le corresponderá a la Subsecretaría el desarrollo de las acciones impulsadas por el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) para la mejora continua de las unidades que presten servicios al SMNG.

3.7.2. Entes ejecutores.

Para la instrumentación, operación, seguimiento y evaluación del SMNG, las instancias ejecutoras serán

la Secretaría, a través de la Comisión, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, así como las Entidades Federativas, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los prestadores de servicios no gubernamentales, estos tres últimos, conforme a los convenios que se señalan en el numeral 4.2 de las Presentes Reglas de Operación.

4. Mecánica de operación

El SMNG 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.

4.1. Responsabilidades de los entes ejecutores.

4.1.1. A la Comisión le corresponde:

Instrumentar la política del SMNG y formular sus criterios de operación y promoción;

Observar lo dispuesto en los lineamientos de afiliación al Sistema, así como de administración del padrón; y fortalecer las acciones para la promoción del SMNG, para la identificación de los beneficiarios y para su afiliación;

Transferir los recursos para la instrumentación y operación del SMNG conforme con lo establecido en las presentes reglas, en los convenios de colaboración y demás instrumentos específicos que se suscriban conforme a la normatividad vigente;

Gestionar y suscribir, conjuntamente con las entidades federativas, con las instituciones de seguridad social, de asistencia privada u otros prestadores privados, los convenios en materia de prestación de servicios en localidades sin presencia de los SESA;

Definir e instrumentar el esquema de monitoreo y evaluación de la operación e impacto del SMNG;

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;

Abastecer los instrumentos de registro y seguimiento a las entidades federativas, mediante la entrega de los formatos: "Citas para la familia" (Anexo 11 de las presentes Reglas de Operación) y "Registro de asistencia" (Anexo 12 de las presentes Reglas de Operación);

Establecer, los lineamientos para la capacitación del personal en el Marco del Fortalecimiento de Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud;

Alinear acciones con otros programas para optimizar recursos en beneficio de los beneficiarios, como es el caso con el PDHO;

Analizar y validar los contenidos de la capacitación de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud dirigidos a padres de familia; y

Determinar los elementos que deberá contener la metodología y los materiales para la capacitación del personal de salud para el otorgamiento de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud.

4.1.2. A la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud le corresponde:

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;

Participar en las acciones impulsadas y coordinadas por la Comisión en materia de capacitación sobre los talleres comunitarios para el Autocuidado de la Salud;

Ejercer los recursos transferidos para la adquisición de vacunas, tamiz auditivo, de fortalecimiento de la red de frío, de los implantes cocleares para los niños con hipoacusia severa y profunda, tamiz metabólico semiabierto;

4.1.2.1. En materia de vacunas:

Definir los procedimientos y dosis de aplicación, distinguiendo 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; y
Informar semestralmente a la Comisión del ejercicio de los recursos transferidos.

4.1.2.2. 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.

4.1.2.3. 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; y

Informar semestralmente a la Comisión del ejercicio de los recursos transferidos.

4.1.2.4. 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; y

Informar semestralmente a la Comisión del ejercicio de los recursos transferidos.

2.5. En materia de tamiz metabólico semiampliado:

Definir las normas y procedimientos para la detección, diagnóstico y confirmación de los defectos metabólicos (hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, galactosemia y fenilcetonuria);

Establecer los procedimientos administrativos, metodológicos y operativos para la adquisición y distribución de insumos del tamiz neonatal (reactivos);

Ejercer los recursos transferidos por la Comisión por este concepto;

Definir la población, normas y procedimientos para la detección de nuevos errores del metabolismo; y

Informar semestralmente a la Comisión del ejercicio de los recursos transferidos.

4.1.2. A la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud le corresponde:

Dictaminar la acreditación de las unidades médicas participantes en el SMNG, en los términos previstos por los lineamientos de SICALIDAD para la mejora continua y efectuar la supervisión de los establecimientos médicos, y

Emitir recomendaciones a los Servicios Estatales de Salud (SESA), respecto a las unidades no acreditadas.

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

Realizar acciones de difusión del SMNG e identificar familias susceptibles de ser afiliadas;

Afiliar familias que así lo soliciten al Sistema mediante el MAO y los gestores de servicios de salud;

Registrar las altas y bajas de familias;

A través del personal del MAO y la brigada de afiliación, aplicar la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), referida en 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, publicados en el Diario Oficial de la Federación 15 de abril de 2005 y sus reformas;

Proporcionar al titular de la familia, en el caso de familias de nueva afiliación, la Carta de Derechos y Obligaciones, en la cual se describen las acciones médicas cubiertas por el Sistema de Protección Social en Salud, el SMNG y el FPGC;

Proporcionar a los padres o tutores del niño, el formato de "Citas para la Familia" (Anexo 11 de las presentes Reglas de Operación), con su programación de citas y talleres comunitarios para el autocuidado de la salud del ejercicio 2011.

Expedir la Póliza de Afiliación al Sistema de Protección Social en Salud 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, explicando a la familia, los servicios adicionales a los que el menor tiene derecho a través del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación;

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 SMNG; 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;

Gestionar y administrar los recursos transferidos para la instrumentación y ejecución del SMNG 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;

Abastecer a las unidades de salud que atienden niños afiliados al SMNG los formatos de "Citas para la familia" y "Registro de asistencia" (Anexos 10 y 11 de las presentes Reglas de Operación, respectivamente);

Reportar anualmente a la Comisión sobre las condiciones de acceso de los beneficiarios a 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 SMNG 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 Estatal 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 SMNG dentro de su ámbito territorial de competencia;

Aplicar los instrumentos de registro y seguimiento, de la atención y talleres comunitarios para el autocuidado de la salud en los formatos de "Citas para la familia", "Registro de Asistencia", "Control Interno de Sesiones (SIS-SS-PLA-P)" e "Informe Mensual de la Unidad Médica SIS-SS-CE-H", todos ellos contenidos en los anexos 11, 12, 13 y 14 de las presentes Reglas de Operación, respectivamente;

Aplicar la normatividad para la impartición de talleres comunitarios y capacitación del personal de salud para el otorgamiento de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud;

Instrumentar y operar la Contraloría Social;

Emitir opinión respecto a las consultas realizadas por la Comisión, sobre la actualización de las Reglas de Operación, y

Entregar las Cartillas Nacionales de Salud.

4.1.5 Prestadores de servicios con los que se suscriben convenios de colaboración para la atención de los beneficiarios del SMNG.

La prestación de los servicios por parte de estas instituciones a los beneficiarios del SMNG se realizará bajo las condiciones establecidas en los convenios que, para tal fin, sean suscritos con la Comisión y/o los SESA.

4.2. Para lograr la adecuada operación del SMNG 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/o las entidades federativas podrán suscribir convenios con el IMSS, tanto en su régimen obligatorio como con el programa IMSS-Oportunidades, con el ISSSTE, y con otras instituciones públicas proveedoras de servicios del Sistema Nacional de Salud. Y en casos justificados por ausencia de algún otro proveedor público del Sistema Nacional de Salud o por problemas de capacidad de atención, también se podrán suscribir convenios con prestadores de índole privado.

Para los efectos anteriores deberá utilizarse el sistema de referencia y contra-referencia normado en el Acuerdo número 79 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 aplicable, observando las disposiciones federales correspondientes dada la naturaleza de los recursos transferidos;

4.3 Características, periodicidad y forma de pago de los apoyos para la operación del SMNG.

El SMNG es un Programa Federal, público y de afiliación voluntaria, 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 2011 (PEF) que complementan los recursos que las entidades federativas reciben de la Federación vía Ramo 12, destinados a la prestación de servicios médicos.

Para la realización de la transferencia de estos apoyos, la Secretaría y las entidades federativas deberán celebrar en los casos que proceden, los convenios de colaboración e instrumentos específicos correspondientes. El Anexo 8 de estas Reglas contiene los Modelos de convenio de colaboración e instrumento específico para la transferencia de recursos federales.

Los montos aplicables para cada tipo de beneficio estarán en función del desarrollo del SMNG y supeditados a la disponibilidad presupuestal del mismo.

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.

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

Características.

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 el 2011. 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.

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, por lo que los recursos por este concepto servirán para apoyar el exceso de demanda de los servicios de salud del CAUSES del Sistema. Para efectos de lo señalado, los recursos que los SESA reciban deberán ser ejercidos conforme a los conceptos 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 41 del PEF. Los recursos transferidos por concepto del SMNG conservarán su carácter federal.

Forma de pago y periodicidad.

La transferencia de los recursos por este concepto se hará de acuerdo a la afiliación reportada por los REPSS, la cual será validada por la Dirección General de Afiliación y Operación de la Comisión, (DGAO) quien a su vez notificará a la Dirección General de Financiamiento de la Comisión (DGF), para que se realice la transferencia de los recursos a las entidades federativas.

4.3.2 Apoyo económico para el pago de intervenciones cubiertas por el SMNG.

Características.

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 SMNG y procederá para eventos terminados, es decir, padecimientos que han sido resueltos, salvo aquellos que ameritan tratamiento de continuidad. 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. Para los casos de la intervención Hipoacusia neurosensorial se hará el pago al sustentar el diagnóstico.

Para efecto de cubrir las intervenciones a que se refiere el Anexo 1 de las presentes Reglas, se estará a lo siguiente:

Cuando la intervención aparece con clave CIE-10 con tres caracteres, incluirá también las intervenciones con clave compuesta de cuatro caracteres que comparten los tres primeros;

Para el caso de aquellas intervenciones con clave CIE-10 con cuatro caracteres, no se incluirán el resto de las intervenciones con clave compuesta de cuatro caracteres que comparten los primeros tres.

En el caso de las intervenciones con tabulador "pago por facturación" se cubrirá solamente el tratamiento de sustitución, y/o medicamentos especializados, así como los insumos que se requieran de acuerdo a la aplicación de dichos tratamientos. El registro se realizará bimestralmente.

En el caso de las intervenciones realizadas a los beneficiarios del SMNG 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 más alto aplicable a la población sin seguridad social 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 2010, no incluidas en el CAUSES o en el FPGC, que sean registradas por el prestador de servicios y validadas por los REPSS u Organismo Público Descentralizado (OPD), según sea el caso antes del 31 de enero de 2011.

No se podrán duplicar recursos en la atención de los beneficiarios del SMNG, es decir, pagar al mismo tiempo (en el mismo periodo de tratamiento) dos intervenciones diferentes del Programa.

Forma de pago y periodicidad.

En los eventos 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 que ésta ocurra en el período de vigencia de las presentes Reglas de Operación y sea notificado a la Comisión durante el primer trimestre del año 2012. En ambos casos, los beneficiarios no deberán haber cubierto ninguna cuota de recuperación. Considerando que los recursos por pago de intervenciones cubiertas corresponden a un reembolso por un servicio prestado, los prestadores de servicios podrán ejercer esos recursos en los conceptos de gasto que, bajo su criterio, fortalecerán la prestación de los servicios de salud a los beneficiarios, atendiendo la normatividad aplicable.

En el caso de las intervenciones con tabulador "pago por facturación" se deberá registrar en el sistema el monto total de la factura correspondiente a esta intervención, la cual será cubierta por reembolso previa validación del caso.

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 éste un instituto nacional de salud, un hospital público o privado, 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.

El registro de los casos se hará a través del Sistema del Seguro Médico para una nueva Generación que para tal efecto se ha establecido y cuyo proceso se especifica en el Anexo 7, así como de los reportes

generados por el sistema informático del SMNG se obtendrán las declaratorias de caso (Anexo 6).

Tratándose de un organismo público descentralizado de salud, el médico tratante que registra el caso deberá ser determinado por el Director de la unidad médica, y el caso validado por el propio Director de la citada unidad médica; para las unidades de los SESA, el médico tratante que registra el caso 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 dar seguimiento al caso, de igual forma si es devuelto para revisión conjuntamente con la unidad médica enviar la información complementaria.

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 autorización 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 de los casos en que proceda el reembolso, a la DGF para que ésta a su vez realice la transferencia de recursos a los Regímenes Estatales u otros prestadores de servicios.

En el caso de que la intervención haya sido realizada por alguna unidad médica dependiente de los SESA, el reembolso será cubierto 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 relacionados con el caso, así como una copia de la póliza de afiliación 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 autorización no sea proporcionada; los casos en que la calidad de la información recibida no permita su adecuada autorización, o cuando durante el proceso de autorización, se determine la improcedencia del reembolso. En este último caso, el cual no generará pago alguno, quedará de igual forma, registrado en el mismo sistema.

Para efectos del pago a que se refiere el presente inciso, los casos registrados en el Sistema del SMNG, podrán ubicarse en alguno de los siguientes supuestos:

Registrado: caso reportado al Sistema del SMNG por la unidad prestadora de servicios;

Validado: Acepta REPSS u OPD el caso como susceptible de pago;

Autorizado: Caso susceptible de pago, por lo que es enviada a la DGF para su procedencia;

Devuelto para revisión: El caso no cumple con los datos administrativos para su autorización, se regresa para revisión del REPSS, u OPD y/o corrección de información;

Inhabilitado: Improcedencia en el pago del caso.

Los casos registrados o devueltos para revisión que no presenten ningún movimiento en un plazo mayor a 90 días serán inhabilitados.

Para el pago de intervenciones del SMNG realizadas durante el 2010, se seguirá el mismo procedimiento descrito en el presente inciso, debiendo presentar los Regímenes Estatales la totalidad de la información correspondiente antes del 31 de enero de 2011.

4.3.3 Apoyo económico para el pago por prestación de servicios no otorgados por los SESA.

Características.

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, de conformidad con lo establecido en el convenio suscrito previamente para estos propósitos.

El resto de las intervenciones de salud correspondientes al segundo y tercer niveles de atención que requieran los beneficiarios del SMNG, 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.

Las unidades médicas de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, podrán prestar servicios de segundo y tercer nivel de atención a los beneficiarios del SMNG, solamente en casos de excepción cuando el criterio médico indique que no se puede referir al paciente a una unidad médica de los SESA. Estas intervenciones serán pagadas por evento, conforme a las cuotas de recuperación establecidas en los convenios firmados para la prestación de servicios. Se cubrirá a la institución prestadora del servicio con recursos del SMNG, y de acuerdo a lo establecido en el modelo de convenio de colaboración (Anexo 8 de las presentes Reglas de Operación), el importe establecido por cada evento de traslado en ambulancia del beneficiario del SMNG 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.

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 Médico para una Nueva Generación antes denominado Seguro Universal de Salud para Niños, suscritos o que se suscriban por el C. Secretario de Salud y los Directores Generales del IMSS y del ISSSTE, respectivamente, 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 para 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 del 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, se podrá celebrar, en su caso y conforme a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, un Convenio Específico de Coordinación Interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al SMNG, por la Comisión, la Delegación correspondiente del IMSS y los SESA, por virtud del cual se otorguen a los beneficiarios del SMNG los servicios de salud; lo anterior conforme al convenio marco celebrado con el IMSS a que se refiere el primer párrafo de este numeral.

En el caso de la prestación de servicios otorgados por 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.

Los convenios a que se refiere el párrafo anterior, estarán disponibles en la página de Internet de la Comisión.

b) Forma de pago y periodicidad.

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 SMNG.

Los convenios que se señalan en este numeral estarán disponibles en la página de Internet de la Comisión.

4.3.4. Apoyo económico para el pago de vacunas.

Características.

Con objeto de apoyar el esquema de vacunación universal como uno de los pilares de las acciones preventivas en los menores, en 2011, se podrán transferir recursos del SMNG para la adquisición de vacunas de neumococo conjugada y rotavirus. 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.

Formas de pago y periodicidad.

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, 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 semestralmente 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, y

• distribución por entidad federativa.

4.3.5. Apoyo económico para la realización del tamizaje auditivo, para la detección de niños con hipoacusia severa y profunda.

Características.

Para el tamizaje auditivo, se podrán utilizar los recursos del SMNG para equipar los hospitales con mayor proporción de nacimientos para la realización de pruebas de emisiones otoacústicas. Asimismo, se podrá dotar de equipos adicionales para estudio de potenciales evocados auditivos del tallo cerebral, como prueba confirmatoria de hipoacusia severa y profunda a las entidades federativas que se caracterizan por atender el mayor porcentaje de nacimientos en la Secretaría de Salud y contar con una alta dispersión de la población.

Estos equipos se utilizarán de manera prioritaria, más no exclusiva, en la población objetivo del SMNG. 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.

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

Formas de pago y periodicidad.

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 semestralmente 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.

4.3.6 Apoyo económico para la adquisición de implantes cocleares para niños con hipoacusia severa y profunda.

Características.

Con recursos del SMNG adquirirán implantes cocleares. 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).

Formas de pago y periodicidad.

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 semestralmente a la Comisión lo siguiente:

Relación nominal de pacientes beneficiados, y

Estado del ejercicio de los recursos transferidos.

4.3.7 Apoyo económico para efectuar la capacitación en el Marco del Fortalecimiento de Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud.

Las entidades federativas llevarán a cabo los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud, priorizando los siguientes temas: Seguro Médico para una Nueva Generación; El Recién Nacido; Niños y Niñas Menores de un Año; Niños y Niñas Menores de cinco Años; Enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, la Comisión asignará recursos para las acciones siguientes:

Diseñar e implementar estrategias de capacitación focalizada para la impartición de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud y que estará dirigida al personal directivo, administrativo, operativo y comunitario y tendrá como objetivo principal que adquieran conocimientos, habilidades y destrezas para la impartición de Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud. La capacitación deberá ser ejecutada por los Servicios Estatales de Salud a través de las áreas de Promoción de la Salud.

Implementar, en coordinación con la Comisión y conforme a las necesidades de capacitación de la entidad federativa, el "Modelo de capacitación para el fomento de la lactancia materna, prevención de la muerte de cuna y desarrollo cognitivo del niño"

Evaluar el proceso de capacitación del personal; materiales didácticos de la estrategia de Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud, así como el impacto y beneficio en la población;

Contratar prestadores de servicios, en su caso, para que realicen acciones de prevención y promoción a la salud a través de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud principalmente;

Garantizar la provisión de insumos y materiales de apoyo para el desarrollo de los Talleres para el Autocuidado de la Salud;

Substituir, actualizar, reproducir y distribuir los materiales requeridos para la capacitación y Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud, en caso de requerirse, y

Adquirir, en su caso, materiales para el registro de información y asistencia a los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud, citas para beneficiarios e informe de actividades de la unidad médica de primer nivel.

Lo dispuesto en este numeral, quedará sujeto a la disponibilidad presupuestal y a los criterios para el otorgamiento y aplicación de los recursos a las entidades federativas que fije la Comisión, para la ejecución de este numeral. Lo anterior, sin perjuicio de que la Comisión lleve a cabo las acciones pertinentes para el cumplimiento de este numeral.

Formas de pago y periodicidad.

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 en coordinación con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

4.3.8 Apoyo económico para el fortalecimiento de la red de frío.

Características.

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 SMNG se fortalecerá la infraestructura y equipamiento de la misma. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos

recursos será responsabilidad del CENSIA.

Forma de pago y periodicidad.

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 llevar a cabo los procedimientos administrativos y operativos necesarios para la adquisición, distribución y aplicación, con apego a las disposiciones normativas aplicables, e informará semestralmente 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, y

• distribución por entidad federativa.

4.3.9 Apoyo económico para el Tamiz metabólico semiabiado.

Características.

Respecto del tamiz metabólico semiabiado, con recursos del SMNG, se adquirirán los insumos (reactivos) para la realización de pruebas de detección para hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, galactosemia y fenilcetonuria. La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud a través del CNEGySR tendrá la responsabilidad de la programación y distribución de estos insumos. A todos los recién nacidos se les deberá practicar la prueba de tamiz metabólico semiabiado entre el tercer y quinto día de vida, sin costo para los primeros y sin cargo adicional para el SMNG.

Forma de pago y periodicidad.

Para la adquisición de reactivos para el tamiz metabólico semiabiado, la Comisión transferirá los recursos al CNEGySR, con base en la solicitud fundamentada de este Centro y la disponibilidad presupuestal. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos serán responsabilidad del CNEGySR. Asimismo, dicho Centro será el responsable de establecer los procedimientos administrativos, metodológicos 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 los mismos, con apego a las disposiciones normativas aplicables, e informará semestralmente a la Comisión lo siguiente:

• estrategia y programa de consumo de reactivos;

• estado del ejercicio de los recursos transferidos;

• resultado del proceso de adjudicación y costos, y

• distribución por entidad federativa.

4.4. 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 aplicables.

4.5. 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 SMNG. El Padrón será integrado y administrado de conformidad con las disposiciones establecidas en 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 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 y Geografía (INEGI). Para tales efectos, los Regímenes Estatales deberán remitir, conforme al calendario autorizado por la Dirección General de Afiliación y Operación, la información relativa a las altas y bajas de los beneficiarios del SMNG.

El padrón será público, en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

La construcción del Padrón de Beneficiarios de este Programa se llevará a cabo conforme al modelo de estructura de datos del domicilio geográfico establecido en la Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos, emitida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía el 8 de noviembre de 2010, y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de noviembre de 2010.

El Programa adoptará, en lo procedente, el modelo de estructura de datos del domicilio geográfico establecido en el Acuerdo por el que se aprueba la Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos. Lo anterior en estricta observancia al Acuerdo antes referido y al oficio circular con números 801.1.-279 y SSFP/400/124/2010 emitido por las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de la Función Pública, respectivamente.

Los componentes que integrarán, en su caso, el Domicilio Geográfico son:

COMPONENTES		
ESPACIALES	DE REFERENCIA	GEOESTADISTICOS
Vialidad	No. Exterior	Area Geoestadística Estatal o del Distrito Federal
Carretera	No. Interior	Area Geoestadística Municipal o Delegacional
Camino	Asentamiento Humano	Localidad
	Código Postal	
	Descripción de Ubicación	

4.6. Prestación de servicios.

4.6.1. Organización de los servicios.

Los SESA, a través de los Regímenes Estatales, deberán cumplir con las responsabilidades descritas en el numeral 4.1.4., con el fin de garantizar los servicios de salud para los beneficiarios del SMNG.

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.

4.6.2. 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 en materia de salud descrito en el punto 3.6.3 de las presentes 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.

4.6.3. 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.

Los beneficiarios del SMNG deberán acudir acompañados por sus padres, sus tutores o algún familiar mayor de edad, debiendo presentar invariablemente su póliza de afiliación al Sistema y su Cartilla Nacional de Salud.

Deberán asistir a sus citas preventivas agendadas, de acuerdo con lo establecido en el numeral 3.6.3.

En los casos de necesidad de recibir los servicios de atención curativa, deberá presentarse en el centro de salud al que se encuentre adscrito, o bien en el área de urgencias de la unidad de primera referencia del segundo nivel de atención.

La persona que acompañe al menor recibirá la información necesaria y suficiente para determinar un diagnóstico acertado en sus problemas de salud.

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 se menciona en el Anexo 9 de las presentes Reglas, 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, los padres o tutores 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. Así como el derecho, 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.

4.6.4 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, su póliza de afiliación vigente e identificación del padre o tutor. Por su parte, estos prestadores deberán solicitar la firma de conformidad del padre o tutor.

4.6.5 Suministro de medicamentos.

El médico proporcionará al paciente una receta con el fondo y la forma que se haya dispuesto oficialmente, sustentándose en el CAUSES y el Cuadro Básico de insumos del Sector Salud. 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 los medicamentos señalados en la misma conforme a lo establecido en el numeral 4.1.4, 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.

4.6.6 Servicios de cirugía programada.

Cuando el beneficiario requiera de alguna intervención quirúrgica programada, el padre o tutor del mismo 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 beneficiario del SMNG 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.

4.6.7 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.

Aquellos menores que requieran de atención médica de urgencia y que, derivado de la misma o por encontrarse fuera de horario de atención para la afiliación del menor al SMNG, no sea posible realizar dicho trámite en ese instante, le será otorgada toda la atención médica inmediata que requieran; para ello se deberá afiliar al menor, en el transcurso de los 5 días hábiles posteriores a la atención médica, a efecto de que sea considerada dicha atención como parte de los beneficios del SMNG.

Cuando por causas supervenientes en la atención médica de urgencia, ocurra la pérdida de la vida del menor con anterioridad a su afiliación al SMNG, los titulares de la familia, padres o tutores deberán continuar con el trámite señalado en el párrafo anterior, a fin de que sea eximido del cobro de las cuotas de recuperación, que en su caso se hubieren establecido.

Para efectos de lo anterior, se deberá cumplir con los criterios de elegibilidad señalados en el numeral 3.3. de las presentes Reglas de Operación.

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

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

4.6.8 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 contra-referencia 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.

4.6.9 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.

En el expediente clínico se hará constar la afiliación 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 reservada de acuerdo a la normatividad aplicable. Los padres o tutores de los niños beneficiarios del SMNG tendrán el derecho a solicitar y recibir, de parte del centro de salud de su adscripción o de la unidad de segundo y tercer nivel a la que acudan, un resumen de la información contenida en el expediente clínico del menor a su cargo.

4.6.10. 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 los beneficiarios de conformidad con lo establecido en el numeral 4.1.4.

4.6.11. 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 4.3.2 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.

5. Informes Programáticos Presupuestales

5.1. 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 SMNG, incorporando las previsiones de gasto público que permitan garantizar el cumplimiento en tiempo y forma de los objetivos y metas del mismo, y la continuidad de las acciones integrales.

En caso de que la Comisión detecte que el presupuesto asignado al SMNG, 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, tamiz auditivo, de implantes cocleares, talleres comunitarios, red de frío y tamiz metabólico semiabierto a que hacen referencia los apartados 4.3.4, 4.3.5, 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8 y 4.3.9 respectivamente, de estas Reglas.

5.2. Ejercicio del gasto.

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

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

Los entes ejecutores deberán aplicar los recursos que les sean transferidos por la Comisión en términos del SMNG para el propósito para los cuales fueron otorgados y rendir cuentas a la Comisión a través del formato CNPSS- SMNG-001 "Formato de comprobación por Partida de Gasto" (Anexo 5), con firmas originales autógrafas del Secretario de Salud, el Director Administrativo y el Titular del Régimen Estatal y/o Responsable del SMNG en la entidad federativa, en el cual se anotarán los datos de los documentos comprobatorios.

Para efectos de lo anterior, se deberán relacionar sólo los gastos erogados y verificar 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 bajo resguardo de las entidades federativas ejecutoras del SMNG, 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 la Secretaría y, en su caso, por la SHCP y/o los órganos fiscalizadores competentes, así como la información adicional que estas últimas le requieran.

El pago de las intervenciones del SMNG a que se refiere la regla 4.3.2 corresponde a un reembolso por evento terminado, en términos de lo señalado por dicha regla, por lo que, en tratándose de la comprobación del ejercicio de los recursos transferidos por este concepto, se estará a lo señalado en la regla citada, por cuanto hace a la prestación de los servicios del SMNG.

La entidad federativa a través de la Secretaría de Finanzas o su equivalente, deberá emitir un recibo de comprobación de ministración de fondos por el importe de cada depósito y remitirlo a la Comisión en un plazo máximo de 90 días naturales posteriores a la recepción de los recursos, dicho recibo deberá cumplir con los siguientes requisitos:

Ser emitido por la Secretaría de Finanzas de la entidad federativa o su equivalente.

Ser expedido a nombre: Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Indicar como domicilio fiscal: Lieja 7, Col. Juárez, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06600.

Señalar el Registro Federal de Contribuyentes: SSA630502CU1.

Señalar la fecha de emisión.

Precisar el nombre del programa y los conceptos relativos a los recursos presupuestarios federales recibidos.

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

En cuanto a los gastos indirectos de este Programa, éstos se deberán reducir al menos 4% respecto a lo ejercido en el ejercicio inmediato anterior, conforme a lo dispuesto en el numeral 31 del Programa Nacional de Reducción de Gasto Público, emitido por la Unidad de Política y Control Presupuestario de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, mediante el Oficio Circular 307-A.-0917 el 12 de marzo de 2010.

5.3. 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 instrumentos específicos firmados con instituciones del Sistema Nacional de Salud para la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del SMNG.

5.4. Cierre del ejercicio.

Considerando que la Secretaría a través de la Comisión prevé dentro de su presupuesto la totalidad de recursos para el SMNG, 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.

6. De la Suspensión y la Cancelación de los Apoyos del SMNG

La Comisión, estará facultada para retener o suspender los pagos correspondientes a los apoyos para la operación del SMNG a los que se refieren los numerales 4.3.1 y 4.3.2 de estas Reglas, en los siguientes casos:

Cuando las entidades federativas no entreguen, en tiempo y forma, la documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos como se establece en el numeral 5.2 de estas Reglas;

Cuando se detecte un incumplimiento en la provisión de los medicamentos a los beneficiarios del SMNG en los tiempos y formas establecidos en el punto 4.6.5 de estas Reglas;

Cuando se detecte que los beneficiarios no cuentan con un expediente clínico o éste no cumple con los

requisitos establecidos en el numeral 4.6.9 de estas Reglas;

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

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 SMNG, 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 de 30 días naturales 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 d) de este numeral, conforme a lo dispuesto en 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, así como cuando no se cumpla satisfactoriamente con los plazos de cumplimiento a que se refiere el inciso e) de este numeral, las entidades federativas deberán reembolsar los recursos transferidos correspondientes a los registros identificados por los apoyos a los que se refiere el numeral 4.3.1, y en su caso, a los que se refiere el 4.3.2 de estas Reglas, o bien la Comisión podrá descontar estos montos de transferencias futuras de recursos con cargo al SMNG.

Para el caso de las intervenciones cubiertas por reembolso, descritas en el punto 4.3.2 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 Tesorería de la Federación del monto correspondiente o bien mediante el descuento del monto de los subsecuentes envíos de recursos.

7. Seguimiento Operativo, Control y Auditoría

7.1. Seguimiento operativo.

El SMNG 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, tales como, la inclusión de capacitación sobre el contenido del SMNG, entre otras.

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 SMNG 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 SMNG.

Asimismo, en los términos que establezca la Comisión se podrán llevar a cabo las acciones conducentes para la identificación de los beneficiarios del SMNG, 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 SMNG.

7.2. Indicadores de desempeño.

Nombre	Método de cálculo	Unidad de medida	Frecuencia de medición
Porcentaje de avance de aseguramiento de la población objetivo	(Número de niños afiliados en el Seguro Médico para una Nueva Generación / número de niños nacidos sin seguridad social a partir del 1 de diciembre de 2006) X 100	Porcentaje	Anual
Porcentaje de niños con acceso a las intervenciones financiadas por la cápita adicional	(Número de cápitas transferidas / Número de niños nuevos afiliados) X 100	Porcentaje	Semestral
Niños afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación	(Niños afiliados en el Seguro Médico para una Nueva Generación en el periodo / Niños programados a afiliarse al Seguro Médico para una Nueva Generación en el mismo periodo) X 100	Porcentaje	Trimestral
Niños afiliados con acceso a los servicios de salud	(Número de casos de niños beneficiados por el Seguro Médico para una Nueva Generación en el periodo / Número de casos de niños beneficiados por el Seguro Médico para una Nueva Generación en el mismo periodo del año anterior) X 100	Porcentaje	Trimestral

7.3 Control y auditoría.

Los recursos ejercidos por el SMNG podrán ser revisados por la Secretaría de la Función Pública (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.

8. Contraloría Social

Las entidades federativas, propiciarán la participación de los beneficiarios del SMNG a través de la integración y operación de contralorías sociales, para el seguimiento, supervisión y vigilancia del cumplimiento de las metas y acciones comprometidas en el SMNG, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados al mismo.

La Comisión y las entidades federativas, atendiendo a su ámbito de competencia, deberán ajustarse a lo establecido en los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 11 de abril de 2008, con la finalidad de promover y realizar las acciones necesarias para la integración, operación y reporte de la contraloría social a la autoridad competente.

9. Evaluación

Con el objeto de enfocar la gestión del SMNG 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 SMNG y su operación. La evaluación del SMNG será un proceso continuo y sistemático que, conjuntamente con el seguimiento operativo, permitirá instrumentar, en su caso, ajustes en el diseño y ejecución del SMNG y de

las acciones complementarias del Sistema.

La evaluación es responsabilidad de la Comisión, pero será realizada de forma independiente a los ejecutores del SMNG. 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 SMNG.

10. Transparencia

Las instancias involucradas en el SMNG deberán de cumplir, bajo su estricta responsabilidad, con lo establecido en los artículos 30 y 31 del PEF.

11. Quejas y denuncias

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

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

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.

Por teléfono, en el Centro de Atención Telefónica o Call Center a los números siguientes:

Teléfono lada sin costo de la Comisión 01-800 71 725-83, en el horario de 8:00 a 21:00 horas, de lunes a viernes durante todo el año;

55) 2000-3100 exts. 3120 y 3121, del Organismo Interno de Control en la Secretaría de Salud;

800-3000 para el DF y área metropolitana y 01-800-38-624-66 del interior de la República, de Sactel; y

Los de los sistemas de atención que operen en cada entidad federativa bajo la dirección de cada Organismo Estatal de Control.

Por medios electrónicos, a través de:

Buzón electrónico. Contacto a través de la página de Internet de la Comisión: www.seguro-popular.gob.mx; en el ícono de contáctanos.

Correo electrónico de Sactel: sactel@funcionpublica.gob.mx.

Los Regímenes Estatales serán los encargados de canalizar y atender 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

BCG	Vacuna de antituberculosis
-----	----------------------------

CAPITA	Recursos que por concepto de apoyo por incremento en la demanda de servicios se transfieren a la entidad federativa por cada uno de los niños afiliados en el ejercicio vigente al Programa Seguro Médico para una Nueva Generación.
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.
CUOTA FAMILIAR	Monto que cubren las familias de acuerdo a su condición socio-económica. Los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO) realizan la evaluación de cada familia que solicita su registro y determinan la cuota familiar que debe cubrirse o si están exentas de hacerlo.
CUOTA REGULADORA	Es la aportación cuyo objetivo es promover el uso razonado de los servicios y los insumos para la salud.
CECASOEH	Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar
CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (CENSIA)	Órgano 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)	Órgano 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.
CURP	Clave Unica de Registro de Población
DGGSS	Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
EQUIPO PARA EMISIONES OTOACUSTICAS	Aparato para detectar hipoacusia en los recién nacidos.
ESTOMATOLOGIA	Servicios dentales.
EVENTO TERMINADO	Aquel evento que aun cuando requiere seguimiento ambulatorio, se especifique que el proceso de atención hospitalario concluyó al ser resuelto el problema original motivo del internamiento.
FONDO DE PROTECCION CONTRA GASTOS CATASTROFICOS (FPGC)	Fondo sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos.
GESTORES DE SERVICIOS DE SALUD	Los gestores de servicios de salud son un enlace permanente entre el beneficiario del Sistema y los diferentes prestadores de servicios de salud, organizados en redes de establecimientos de atención médica, a fin de que se pueda proporcionar asesoría tanto al beneficiario como al prestador de las diferentes carteras de servicios.
HIPOACUSIA	Sordera.
IMPLANTES COCLEARES	Aparato electrónico que permite percibir sonidos en personas con hipoacusia.
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.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
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.
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
PEF	Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de diciembre de 2010.
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.
PROFILAXIS OFTALMICA	Prevención de infecciones de los ojos de los recién nacidos.
REGIMENES ESTATALES (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 (ROP)	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.
SACTEL	Es un centro de llamadas que depende de la Secretaría de la Función Pública y que tiene como propósito atender oportuna y eficazmente a la ciudadanía en la presentación telefónica de peticiones ciudadanas, relacionadas con la actuación de los servicios públicos y la presentación de los servicios públicos federales, así como en el desahogo de consultas sobre la gestión de trámites y servicios.
SISTEMA (SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD - SPSS)	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.
SECRETARIA	Secretaría de Salud
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SMNG	Programa Federal del Seguro Médico para una Nueva Generación.
TAMIZ AUDITIVO	Detección de hipoacusia en recién nacidos.
TAMIZ METABOLICO SEMIAMPLIADO	Detección en los recién nacidos de las siguientes enfermedades: hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, galactosemia y fenilcetonuria.
UNIDADES MEDICAS ACREDITADAS	Unidades Médicas que han cumplido con los requisitos de calidad establecidos por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

13. Anexos

Estas Reglas de Operación se complementan con los siguientes anexos:

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

Concepto de gastos no cubiertos por el SMNG;

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

Intervenciones cubiertas por el FPGC del Sistema para menores de 5 años;

Formato de Comprobación por Partida de Gasto CNPSS-SMNG-001;

Formato Declaratoria de Caso;

Caso Sistema Seguro Médico para una Nueva Generación

Modelos de convenio de colaboración e instrumento específico para la transferencia de recursos federales.

Formato de referencia.

Procedimiento de afiliación al Seguro Médico para una Nueva Generación.

Citas para la familia en Anverso y Reverso.

Registro de asistencia en Anverso y Reverso.

Control Interno de Sesiones (SIS-SS-PLA-P).

Informe Mensual de la Unidad Médica SIS-SS-CE-H.

Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón 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 del 2005 y sus reformas.

Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo publicado el 29 de febrero de 2008 en el Diario Oficial de la Federación.

TRANSITORIOS

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

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

TERCERO. Las tarifas e importes a los que se hacen referencia en la numeral 4.3.3. se harán públicos en la página de Internet de la Comisión, a más tardar 60 días hábiles posteriores a la fecha en que hayan sido suscritos los convenios con el IMSS e ISSSTE para el ejercicio fiscal 2011, en su caso.

CUARTO. 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 veintiún días del mes de diciembre de dos mil diez.- 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	\$39,679.32
2		Tuberculosis Miliar	A19	\$38,646.57
3		Listeriosis	A32	\$25,671.61
4		Tétanos neonatal	A33.X	\$61,659.24
5		Septicemia no especificada (incluye choque séptico)	A41.9	\$46,225.45
6		Sífilis congénita	A50	\$12,329.78
7		Encefalitis viral, no especificada	A86	\$39,679.32
8		Enfermedad debida a virus citomegálico	B25	\$22,688.36
9		Toxoplasmosis	B58	\$27,027.53
10	Tumores	Tumor benigno de las glándulas salivales mayores (Ránula)	D11	\$30,563.96
11		Tumor benigno del mediastino	D15.2	\$75,873.96
12		Hemangioma de cualquier sitio	D18.0	\$41,995.54
13		Tumor benigno de la piel del labio	D23.0	\$18,767.81
14		Tumor benigno del ojo y sus anexos	D31	\$38,362.50
15	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	Deficiencia hereditaria del factor VII. Deficiencia hereditaria del factor IX. Otros defectos de la coagulación.	D66, D67, D68	Pago por facturación
16		Púrpura trombocitopénica idiopática	D69.3	\$41,313.55
17		Inmunodeficiencia con predominio de defectos de los anticuerpos	D80	Pago por facturación
18	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Intolerancia a la lactosa	E73	\$23,072.48
19		Trastornos del metabolismo de los glucosaminoglicanos	E76	Pago por facturación
20		Fibrosis quística	E84	Pago por facturación

21	Enfermedades del sistema nervioso	Parálisis de Bell	G51.0	\$31,057.33
22		Síndrome de Guillain-Barré	G61.0	\$33,511.56
23	Enfermedades del ojo	Retinopatía de la prematuridad	H35.1	\$38,913.38
24	Enfermedades del oído	Hipoacusia neurosensorial bilateral severa y profunda (Prótesis auditiva externa y sesiones de rehabilitación auditiva verbal)	H90.3	\$35,421.80
25		Implantación prótesis cóclea, rehabilitación postquirúrgica y sesiones de rehabilitación auditiva verbal hasta por cinco años.	20.96 a 20.98 (CIE9 mc)	\$118,355.98
26	Enfermedades del sistema circulatorio	Miocarditis aguda	I40	\$74,173.03
27		Fibroelastosis endocárdica	I42.4	\$26,381.19
28		Insuficiencia cardíaca	I50	\$34,167.09
29	Enfermedades del sistema respiratorio	Neumonía por Influenza por virus identificado	J10.0	\$19,025.42
30		Neumonía por Influenza por virus no identificado	J11.0	\$19,025.42
31		Pneumotórax	J86	\$37,733.42
32		Derrame pleural no clasificado en otra parte	J90.X	\$40,721.27
33		Derrame pleural en afecciones clasificadas en otra parte	J91.X	\$29,228.74
34		Neumotórax	J93	\$28,575.51
35		Parálisis del diafragma	J98.6	\$29,703.71
36	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes	K00	\$15,804.10
37		Estomatitis y lesiones afines	K12	\$14,340.08
38		Otras obstrucciones intestinales	K56.4	\$35,391.90
39		Constipación	K59.0	\$13,736.30
40	Enfermedades de la piel	Síndrome estafilocócico de la piel escaldada (Síndrome de Ritter)	L00.X	\$26,384.64
41		Quiste epidérmico	L72.0	\$8,359.78
42	Enfermedades del sistema osteomuscular	Artritis piógena	M00	\$45,830.98
43		Artritis juvenil	M08	Pago por facturación

44		Poliarteritis nodosa y afecciones relacionadas	M30	Pago por facturación
45		Fascitis necrotizante	M72.6	\$50,206.96
46	Enfermedades del sistema genitourinario	Síndrome nefrítico agudo	N00	\$27,518.60
47		Síndrome nefrítico, anomalía glomerular mínima	N04.0	\$27,518.60
48		Uropatía obstructiva y por reflujo	N13	\$45,579.12
49		Insuficiencia renal aguda	N17	\$38,963.98
50		Insuficiencia renal terminal	N18.0	Pago por facturación
51		Divertículo de la vejiga	N32.3	\$44,052.99
52		Hidrocele y espermatocoele	N43	\$19,250.83
53		Torsión del testículo	N44.X	\$21,003.52
54		Orquitis y epididimitis	N45	\$20,142.13
55		Fístula vesicovaginal	N82.0	\$45,902.29
56	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	P00.0	\$58,596.63
57	Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de membranas	P01.1	\$20,517.05	
58	Feto y recién nacido afectados por drogadicción materna	P04.4	\$58,596.63	
59	Retardo en el crecimiento fetal y desnutrición fetal	P05	\$57,830.70	
60	Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer	P08	\$20,517.05	
61	Hemorragia y laceración intracraneal debidas a traumatismo del nacimiento	P10	\$95,077.64	
62	Otros traumatismos del nacimiento en el sistema nervioso central	P11	\$93,975.89	
63	Traumatismo del nacimiento en el cuero cabelludo //(incluye cefalohematoma)	P12	\$15,906.46	
64	Traumatismo del esqueleto durante el nacimiento	P13	\$39,909.33	
65	Traumatismo del sistema nervioso periférico durante el nacimiento	P14	\$29,792.27	

66	Otros traumatismos del nacimiento	P15	\$34,354.55	
67	Hipoxia intrauterina	P20	\$32,355.75	
68	Asfixia al nacimiento	P21	\$33,072.23	
69	Taquipnea transitoria del recién nacido	P22.1	\$20,517.05	
70	Síndromes de aspiración neonatal	P24	\$31,014.78	
71	Neumomediastino originado en el periodo perinatal	P25.2	\$40,254.35	
72	Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26	\$40,254.35	
73	Displasia broncopulmonar originada en el periodo perinatal	P27.1	\$41,161.75	
74	Otras apneas del recién nacido	P28.4	\$33,072.23	
75	Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve	P38.X	\$27,096.53	
76	Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido	P52	\$61,645.44	
77	Enfermedad hemorrágica del feto y del recién nacido	P53.X	\$29,449.55	
78	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	P55	\$28,803.22	
79	Hidropesía fetal debida a enfermedad hemolítica	P56	\$30,176.39	
80	Ictericia neonatal debida a otras hemólisis excesivas	P58	\$27,833.72	
81	Ictericia neonatal por otras causas y las no especificadas	P59	\$17,701.70	
82	Coagulación intravascular diseminada en el feto y el recién nacido	P60.X	\$51,245.46	
83		Policitemia neonatal	P61.1	\$23,338.14
84		Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido	P70	\$23,399.09
85	Trastornos neonatales transitorios del metabolismo del calcio y del magnesio	P71	\$23,129.98	
86	Alteraciones del equilibrio del sodio en el recién nacido	P74.2	\$23,129.98	
87	Alteraciones del equilibrio del potasio en el recién nacido	P74.3	\$23,129.98	
88	Síndrome del tapón de meconio	P76.0	\$35,391.90	
89	Otras peritonitis neonatales	P78.1	\$57,553.53	

90	Enterocolitis necrotizante	P77	\$83,382.70	
91	Convulsiones del recién nacido	P90.X	\$27,401.30	
92	Depresión cerebral neonatal	P91.4	\$41,384.86	
93	Encefalopatía hipóxica isquémica	P91.6	\$33,072.23	
94	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Anencefalia	Q00.0	\$15,501.64
95		Encefalocele	Q01	\$37,246.95
96		Estenosis y estrechez congénitas del conducto lagrimal	Q10.5	\$16,223.88
97		Otras malformaciones congénitas del oído (Microtia, macrotia, oreja supernumeraria, otras deformidades del pabellón auricular, anomalía de la posición de la oreja, oreja prominente)	Q17	\$20,258.28
98		Seno, fístula o quiste de la hendidura branquial	Q18.0	\$19,457.84
99		Malformaciones congénitas de la nariz	Q30	\$18,722.95
100		Malformación congénita de la laringe (Incluye laringomalacia congénita)	Q31	\$15,714.40
101		Malformaciones congénitas de la tráquea y de los bronquios	Q32	\$35,067.59
102		Malformaciones congénitas del pulmón	Q33	\$35,794.42
103		Otras malformaciones congénitas del intestino (Incluye divertículo de Meckel, Enfermedad de Hirschsprung y malrotación intestinal)	Q43	\$64,916.21
104		Malformaciones congénitas de vesícula biliar, conductos biliares e hígado (Incluye atresia de conductos biliares y quiste de colédoco)	Q44	\$76,250.03
105		Páncreas anular	Q45.1	\$42,097.89
106		Síndrome de Potter	Q60.6	\$53,839.99
107		Duplicación del uréter	Q62.5	\$34,275.20
108	Riñón supernumerario	Q63.0	\$40,986.94	
109	Riñón ectópico	Q63.2	\$40,341.75	
110	Malformación del uraco	Q64.4	\$38,920.28	

111		Ausencia congénita de la vejiga y de la uretra	Q64.5	\$60,096.31
112		Polidactilia	Q69	\$65,269.27
113		Sindactilia	Q70	\$26,550.25
114		Craneosinostosis	Q75.0	\$138,668.31
115		Hernia diafragmática congénita	Q79.0	\$73,510.59
116		Ictiosis congénita	Q80	\$22,781.51
117	Epidermolísis bullosa	Q81		\$22,982.77
118	Nevo no neoplásico, congénito	Q82.5		\$21,767.16
119	Anormalidades cromosómicas (Diagnóstico)	Q90 Q99		\$30,414.45
120	Síntomas y signos generales	Choque hipovolémico	R57.1	\$43,282.45
121	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	Traumatismo superficial del cuero cabelludo	S00.0	\$1,676.79
122		Traumatismo intracraneal con coma prolongado	S06.7	\$230,116.37
123		Herida del cuero cabelludo	S010	\$3,353.57
124		Avulsión del cuero cabelludo	S080	\$39,222.75
125		Herida del tórax	S21	\$23,941.92
126	Quemaduras y corrosiones	Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo	T203, T213, T223, T233, T243, T253, T293, T303	\$107,138.31
127	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	Efectos adversos de drogas de afectan primariamente el sistema nervioso autónomo	Y51	\$18,331.93
128		Efectos adversos de vacunas	Y58	\$18,810.36

	bacterianas	
--	-------------	--

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	Padecimientos derivados y tratamientos secundarios a radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico
5	Reembolsos médicos de aquellos gastos erogados fuera del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud
6	Renta de prótesis, órtesis y aparatos ortopédicos
7	Servicios brindados por programas y campañas oficiales de salud vigentes
8	Servicios de enfermeras y cuidadoras personales
9	Rehabilitación y educación especial para síndromes cromosómicos
10	Traslados en ambulancia aérea
11	Tratamiento dental que requiere servicio de ortodoncia y cirugía maxilofacial, así como prótesis dental
12	Tratamientos en vías de experimentación
13	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	0
3	Vacuna pentavalente con componente pertussis acelular	CIE 9 MC	0	
	(DpaT+VIP+Hib).			
4	Vacuna triple viral SRP.	CIE 9 MC	99.48	
5	Vacuna contra rotavirus.	CIE 9 MC	0	
6	Vacuna antiinfluenza.	CIE 9 MC	0	
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	Z00.0	

10	Acciones preventivas para menores de 5 años.	CIE 10	0		
25	II consulta de medicina general/familiar y de especialidad. Consulta general/familiar	Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropriva y por deficiencia de vitamina B12	CIE 10	D50	
26		Diagnóstico y tratamiento de Deficiencia de Vitamina A	CIE 10	E50	
27		Diagnóstico y tratamiento de Rubéola	CIE 10	B06.9	
28		Diagnóstico y tratamiento Sarampión	CIE 10	B05.9	
29		Diagnóstico y tratamiento Varicela	CIE 10	B01.9	
30		Diagnóstico y tratamiento de Faringoamigdalitis aguda	CIE 10	J02,J03	
31		Diagnóstico y tratamiento Tos ferina	CIE 10	A37	
32		Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa	CIE 10	H65	
33		Diagnóstico y tratamiento rinofaringitis aguda (resfriado común)	CIE 10	J00	
34		Diagnóstico y tratamiento Conjuntivitis	CIE 10	H10	
35		Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica	CIE 10	J30	
36		Diagnóstico y tratamiento fiebre del dengue clásico	CIE 10	A90	
37		Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de diarrea aguda	CIE 10	A09	
41		Diagnóstico y tratamiento de candidiasis	CIE 10	B37	
43		Diagnóstico y tratamiento de infecciones por Clamidia-incluye tracoma-	CIE 10	A74	
47		Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda	CIE 10	N76.0	
48		Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda	CIE 10	N76.2	
49		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amebiasis intestinal	CIE 10	A06	
51			Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis	CIE 10	B77
52			Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis	CIE 10	B80
57	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis		CIE 10	A07.1	

58	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis	CIE 10	B68	
59	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis	CIE 10	B79	
61	Diagnóstico y tratamiento de escabiasis	CIE 10	B86	
62	Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis	CIE 10	B85	
63	Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales	CIE 10	B35, B36	
65	Diagnóstico y tratamiento de celulitis infecciosa	CIE 10	A46, L03	
66	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto	CIE 10	L23	
67	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica	CIE 10	L20	
69	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal	CIE 10	L22	
71	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica	CIE 10	L21	
74	Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A	CIE 10	B15.9	
81	Otras atenciones de medicina general	CIE 10	R68	
86	Consulta de especialidad	Diagnóstico y tratamiento de los trastornos por déficit de atención (TDAH) e hiperactividad	CIE 10	F90
97		Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes	CIE 10	E66.0,E43,E44
98		Diagnóstico y Tratamiento de Kwashiorkor	CIE 10	E40
99		Diagnóstico y tratamiento de marasmo nutricional	CIE 10	E41
100		Diagnóstico y tratamiento de secuelas de desnutrición	CIE 10	E45
101		Diagnóstico y tratamiento de laringotraqueítis aguda	CIE 10	J04
102		Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa	CIE 10	H66
103		Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda	CIE 10	J01
105		Diagnóstico y tratamiento del asma en niños	CIE 10	J45
106		Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TAES)	CIE 10	A15, A17, A19,Z11.1

109		Diagnóstico y Tratamiento de esofagitis por reflujo	CIE 10	K21
113		Diagnóstico y Tratamiento del hipotiroidismo congénito y en adultos.	CIE 10	
122		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia	CIE 10	G40
124		Diagnóstico y tratamiento de la luxación congénita de cadera	CIE 10	Q65.0, a Q65.6
129	Prevención de caries y enfermedad periodontal	CIE 10	K02.9, K05.0 Z01.2	
130	Sellado de foseas y fisuras dentales	CIE 10	K02.0, K02.3	
131	Eliminación de caries y restauración de piezas dentales con amalgama, resina o ionómero de vidrio	CIE 10	K02.1, K02.2, K02.8, K02.9	
133	Extracción de piezas dentarias, incluye restos radiculares y erupcionados	CIE 10	K05.2, K05.3, S02.5	
144	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por salicilatos	CIE 10	Y45.1
149		Diagnóstico y tratamiento del alacranismo	CIE 10	T63.2
150		Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, araña y otros artrópodos	CIE 10	T63.3, T63.4
152		Extracción de cuerpos extraños	CIE 10	T15 A T19
153		Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas)	CIE 10	S01, S11, S21, S31, S41, S51, S61, S71, S81, S91
154		Diagnóstico y Tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve (Glasgow 14-15)	CIE 10	S00.9
155		Manejo de 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
162	Hospitalización	Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis	CIE 10	N10
163		Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis	CIE 10	J21
165		Diagnóstico y tratamiento de meningitis	CIE 10	G00, G03.9
167		Diagnóstico y tratamiento de osteomielitis	CIE 10	M86
168		Diagnóstico y tratamiento de neumonía en niños	CIE 10	J13, J14, J18
178		Atención del recién nacido	CIE 10	Z37.0
179		Ictericia neonatal	CIE 10	P58

180		Diagnóstico y tratamiento del prematuro sin complicaciones	CIE 10	P07.3
181		Diagnóstico y tratamiento del prematuro con hipotermia	CIE 10	P07.3
182		Diagnóstico y tratamiento del recién nacido con bajo peso al nacer	CIE 10	P07.1
192		Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico moderado (Glasgow 9-13)	CIE 10	S06
194		Manejo hospitalario de crisis convulsivas	CIE 10	R56, G41
199		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
200		Diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva	CIE 10	578, K22.6, K25.0, K25.4, K26.0, K26.4, K29.0, K62.5, K92.2
207	Cirugía General	Laparotomía exploradora	CIE 9 MC	54.11, S31.1
208		Apendicectomía	CIE 10	K35
212		Tratamiento quirúrgico de obstrucción intestinal	CIE 10	K56
213	Tratamiento quirúrgico de perforación gástrica e intestinal	CIE 10	K63.1	
218	Tratamiento quirúrgico de hernia hiatal	CIE 10	K44	
219	Tratamiento quirúrgico de hipertrofia congénita de píloro	CIE 10	Q40.0	
221	Hernioplastia inguinal	CIE 10	K40	
222	Hernioplastia umbilical	CIE 10	K42	
243	Circuncisión	CIE 10	N47	
244	Orquidopexia	CIE 0 MC	6.25	
249	Amigdalectomía con o sin adenoidectomía	CIE 10	J35, J36	
251	Palatoplastia	CIE 9 MC	27.6, Q35, Q37	
252	Reparación del labio hendido	CIE 9 MC	27.6, Q36, Q37	
253	Cirugía de acortamiento muscular para estrabismo	CIE 9 MC	15.22, H49	
254	Cirugía de alargamiento muscular para estrabismo	CIE 9 MC	15.21, H50	
255	Tratamiento quirúrgico de glaucoma	CIE 10	H40	

257	Tratamiento quirúrgico de hidrocefalia	CIE 10	G91
258	Colocación y retiro de diversos catéteres	CIE 9 MC	34.04, 38.91, 38.92,38.93, 38.95, 59.8
260	Toracotomía, pleurotomía y drenaje de tórax	CIE 9 MC	34.01 a 34.05, 34.09
261	Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de cadera	CIE 10	Q65
262	Tratamiento quirúrgico del pie equino en niños	CIE 10	Q66
264	Reducción quirúrgica por luxaciones	CIE 10	S43.0, S53.1, S63.0,S63.1, S83.1, S93.0,S93.1
265	Reducción quirúrgica de fractura de clavícula	CIE 10	S42
266	Reducción quirúrgica de fractura de húmero (incluye material de osteosíntesis)	CIE 10	S42.2, S2.4, S42.2
267	Reducción quirúrgica de fractura de cúbito y radio (incluye material de osteosíntesis)	CIE 10	S52
270	Reducción quirúrgica 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	Retinoblastoma	C69.2	

14	Tumor maligno de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo (Neuroblastoma)	C47	
15	Tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos (Sarcoma de partes blandas)	C49	
16	Tumor maligno de los huesos y cartílagos articulares (Osteosarcoma)	C40, C41	
17	Sarcoma de Ewing	C40, C41, C80	
18	Tumor maligno del hígado (hepatoblastoma y hepatocarcinoma)	C22	
19	Tumor maligno del riñón (Tumor de Wilms)	C64	
20			
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	P07
24		Insuficiencia respiratoria del recién nacido	P22.8, P22.9
25		Sepsis neonatal	P36
26		Atresia esofágica	Q39.0
27		Atresia/estenosis duodenal	Q41.0
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
34	Trasplantes	Trasplante de médula ósea	41.04 - 41.07
35	Rehabilitación de largoplazo	Hipoplasia/displasia renal	Q60.3 a Q60.5, Q61.4
36		Uréter retrocado	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 Comprobación por Partida de Gasto CNPSS-SMNG-001



ESTADO:

PROGRAMA: SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION

FORMATO DE COMPROBACION DE LA PARTIDA:

MINISTRACION:

FECHA	BENEFICIARIO	IMPORTE	OBSERVACIONES

CNPSS-SMNG-001

SUBTOTAL	
TOTAL	

LA DOCUMENTACION ORIGINAL COMPROBATORIA CORRESPONDIENTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS FISCALES, ADMINISTRATIVOS Y NORMATIVOS VIGENTES VINCULADOS AL PROGRAMA Y SE ENCUENTRAN PARA SU GUARDA Y CUSTODIA EN ESTA UNIDAD ADMINISTRATIVA, MISMA QUE ESTA A DISPOSICION DE LA SECRETARIA DE SALUD PARA SU REVISION O EFECTOS QUE SE CONSIDEREN PROCEDENTES.

AUTORIZO EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO _____ NOMBRE Y FIRMA	AUTORIZO EL TITULAR DEL REGIMEN ESTATAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD Y/O ENCARGADO DEL PROGRAMA _____ NOMBRE Y FIRMA
-----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

establecidos en el programa."

Anexo 6. 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 MÉDICA 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

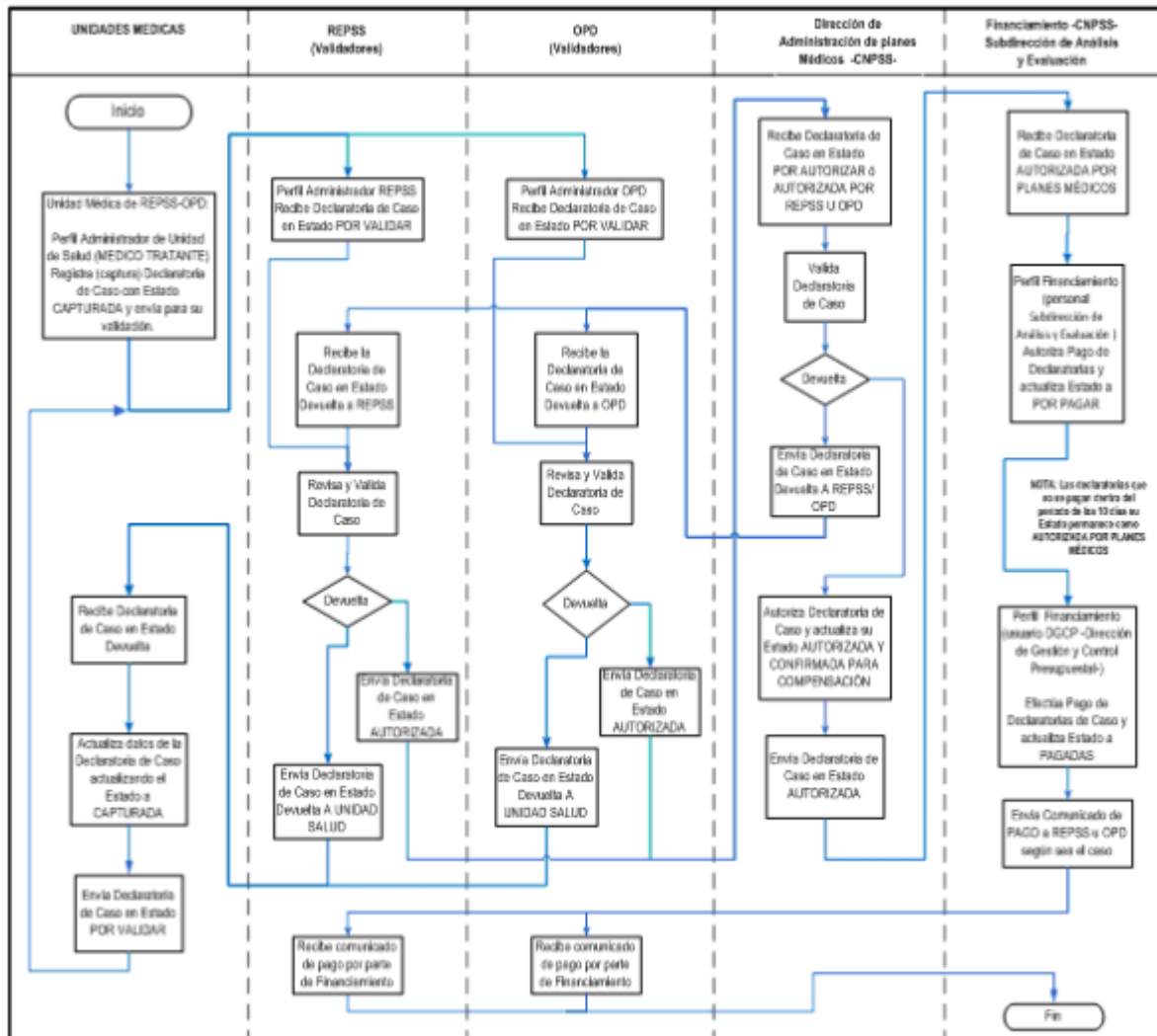
(Nombre, firma y cédula profesional)

(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 7 Proceso Sistema Seguro Médico para una Nueva Generación



ANEXO 8. Modelos de convenio de colaboración e instrumentos específicos para la transferencia de recursos federales

I. Modelo de convenio de colaboración con organismos públicos descentralizados.

(OPD)

CONVENIO DE COLABORACION PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION 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, _____, ASISTIDO POR LOS DIRECTORES GENERALES DE FINANCIAMIENTO Y DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD, _____ Y _____, RESPECTIVAMENTE, EN LO SUCESIVO "LA COMISION", Y POR LA OTRA PARTE EL ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO _____, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "EL OPD", REPRESENTADO POR EL _____, EN SU CARACTER DE DIRECTOR GENERAL, ASISTIDO POR EL _____, EN SU CARACTER DE _____, 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 de años de vida, mejorar la salud de las familias de menos ingresos y avanzar hacia un esquema de aseguramiento universal, por lo que con fecha 21 de febrero de 2007 se publica en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio Nacional a partir del 1 de diciembre de 2006, que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito Federal.

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. Que con fecha de de 2010 fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación para el ejercicio fiscal 2011, que contempla, como uno de los apoyos económicos, el pago de intervenciones realizadas por los prestadores de servicios a los beneficiarios del Programa; acciones de segundo y tercer niveles que no están contempladas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) o en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) del Sistema de Protección Social en Salud.

V. Que en las Reglas de Operación del Programa se establece que cuando el pago de las intervenciones cubiertas con recursos presupuestales del programa a prestadores distintos a los Servicios Estatales de Salud, sean éstos un hospital descentralizado, un hospital público o privado o un instituto nacional de salud, "LA COMISION" deberá establecer los convenios correspondientes.

DECLARACIONES

» "LA COMISION":

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.

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 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 queda debidamente acreditado con la copia del nombramiento de fecha _____, el cual se adjunta copia fotostática para formar parte integrante del instrumento.

Que dentro de las atribuciones 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 problemas 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 de la previsión presupuestal anual para atender necesidades de infraestructura y las variaciones en la demandas 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 y XV del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

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.

Que corresponde a la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (en adelante "LA DGGSS") entre otros: (i) proponer la incorporación gradual y jerarquizada de los servicios de salud y de las intervenciones clínicas al Sistema, así como su secuencia y alcance con el fin de lograr la cobertura universal de los servicios; (ii) estimar los costos derivados de las intervenciones médicas y de la provisión de nuevos servicios, con base en los protocolos clínicos y terapéuticos previendo su impacto económico, y (iii) coadyuvar en la determinación de las cédulas de evaluación del Sistema, que se utilicen en el proceso de acreditación, en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, conforme a lo establecido en el artículo 10, fracciones I, II y III BIS 3 Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Que cuenta con la disponibilidad presupuestal correspondiente para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente instrumento.

Que para efectos del presente convenio señala como domicilio el ubicado en la Calle de Gustavo E. Campa número 54, Colonia Guadalupe Inn, C.P. 01020, en México, Distrito Federal.

el "OPD":

Que es Organismo Público Descentralizado creado mediante (Ley o Decreto) publicado en el _____ con fecha _____; y cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propio y con atribuciones para _____, de conformidad con lo dispuesto en (citar las disposiciones legales aplicables), de conformidad con lo dispuesto en el artículo _____ de (Ley o Decreto que lo crea).

Que dentro de sus (objetivos o funciones) se encuentran los de prestar servicios de atención médica, de conformidad con lo establecido en (Ley o decreto)

Que tiene atribuciones para administrar los recursos humanos, materiales y financieros que conforman su patrimonio, con sujeción a las disposiciones legales aplicables, de conformidad con lo dispuesto en el artículo ___ de (Ley o Decreto que lo crea).

Que su Director General se encuentra facultado para celebrar el presente instrumento de conformidad con lo dispuesto en los artículos____, de (Ley o Decreto que lo crea), y acredita su personalidad con el nombramiento otorgado por _____ de fecha _____, el cual se adjunta copia fotostática para formar parte integrante del presente instrumento.

Que cuenta con los elementos técnicos, materiales y humanos para dar cumplimiento al presente Convenio.

Que está inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la clave _____ y domicilio fiscal en _____.

Que señala como domicilio para los efectos de este Convenio, el ubicado en _____ número_____, Colonia _____, de la ciudad de _____, C.P._____.

CLAUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El presente Convenio tiene por objeto que "LA COMISION" efectúe el reembolso por las intervenciones realizadas por parte de "EL OPD" a los beneficiarios del SMNG, las cuales se describen como acciones de segundo y tercer niveles de atención que no están contempladas en el CAUSES ni en el FPGC, de conformidad con los numerales 4.3.2, 4.3.3 y 5.2 de las Reglas de Operación y el Anexo 1 del presente instrumento.

Los recursos presupuestales que transfiere el Ejecutivo Federal se aplicarán para el reembolso y hasta por los importes por cada intervención que se indican en las Reglas de Operación y en el Anexo 1 del presente instrumento, que es parte integrante del mismo.

En el caso de las intervenciones con tabulador "Pago por facturación" se cubrirá solamente el tratamiento de sustitución y/o medicamentos especializados, así como los insumos que se requieran de acuerdo a la aplicación de éstos y al registro correspondiente. Para esto, se deberá registrar bimestralmente en el Sistema del SMNG el monto total de la factura correspondiente, la cual, será cubierta por reembolso previa validación del caso.

En el caso de las intervenciones realizadas a los beneficiarios del Programa del Seguro Médico para

una Nueva Generación y que no se enlistan en el Anexo 1 del presente instrumento, "LA COMISION" estará facultada para determinar si son elegibles de cubrirse con el Seguro Médico para una Nueva Generación y el monto de la tarifa a cubrir por cada una de los eventos. Esta tarifa será como máximo la cuota de recuperación del tabulador más alto aplicable a la población sin seguridad social. No se cubrirá las acciones e intervenciones señaladas en el Anexo 2 de las reglas de operación.

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA.- "EL OPD" solicitará a "LA COMISION" el reembolso de los casos de intervenciones cubiertas de aquellos beneficiarios que no hayan cubierto ninguna cuota de recuperación. "LA DGGSS" revisará los casos de reembolso a pagar a "EL OPD", verificando en el Sistema de Captura y/o en la documentación que acredite la validación y su correcta clasificación de acuerdo al tabulador señalado en el Anexo 1 del presente instrumento; 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 de los casos en que proceda el reembolso, a la Dirección General de Financiamiento de "LA COMISION" para que ésta a su vez realice la transferencia de recursos a "EL OPD".

Para el reembolso respectivo, "EL OPD" deberá expedir un recibo institucional de la transferencia del recurso en donde se especifique el Banco, los datos de la cuenta bancaria con la Clabe Bancaria Estandarizada (CLABE), la cantidad a pagar y los casos a cubrir, debiendo 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 COMISION" podrá solicitar cualquier información adicional de los casos cuyo reembolso haya sido solicitado.

"LA COMISION" no cubrirá las intervenciones cuya información requerida para su autorización no sea proporcionada; los casos en que la calidad de la información recibida no permita su adecuada autorización; y, cuando durante el proceso de autorización, se determine la improcedencia del reembolso. "LA COMISION" a través de "LA DGGSS" informará a "EL OPD" los casos en los cuales no haya procedido el pago.

TERCERA.- OBLIGACIONES DE "LA COMISION". Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento, "LA COMISION" se obliga a:

I.- Autorizar a través de "LA DGGSS" la Declaratoria de Caso Nuevo, entendiéndose por esta última la información requisitada por las Entidades Federativas en el Sistema Informático, relacionada con la atención médica del Programa del Seguro Médico para una Nueva Generación. El formato de Declaratoria de Caso se acompaña como Anexo 2 del presente convenio.

II.- Dar seguimiento a las acciones que "EL OPD" lleve a cabo para el debido cumplimiento del presente Convenio.

III.- Podrá practicar visitas, solicitar la entrega de la documentación e información que permita observar el cumplimiento del presente convenio y sus anexos.

IV.- 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 "EL OPD", por lo que en ningún caso se entenderán como patrones sustitutos o solidarios.

V.- El control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios que en virtud de este instrumento serán transferidos, corresponderá a "LA COMISION", a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la Secretaría de la Función Pública de la Administración Pública Federal, 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 "EL OPD".

VI.- Publicar en la página de Internet de "LA COMISION" el presente convenio.

CUARTA.- OBLIGACIONES DE "EL OPD". Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento, "EL OPD" se obliga a:

I.- Prestar los servicios médicos de segundo y tercer nivel que no se encuentran dentro del CAUSES ni del FPGC, pero dentro de aquellos padecimientos cubiertos por el Programa del Seguro Médico para una Nueva Generación, de conformidad con las Reglas de Operación.

II.- Entregar a "LA COMISION", en caso que lo requiera, un informe mensual de los registros clínicos de los pacientes, con el siguiente contenido: nombre, edad, género, lugar de residencia, diagnóstico motivo de los servicios prestados y procedimiento clínico realizado, para el caso de los registros clínicos; en su caso, a través del Sistema informático que ponga a disposición "LA COMISION".

III.- Proporcionar los documentos o información relacionados con el cumplimiento del presente convenio

que sean solicitados por "LA COMISION", así como brindar las facilidades necesarias a fin de que "LA COMISION" pueda llevar a cabo el seguimiento del adecuado cumplimiento del presente convenio.

IV.- Dar aviso al Régimen de Protección Social en Salud de la Entidad Federativa de los casos que se han atendido y que se han puesto del conocimiento de "LA COMISION", dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre del mes correspondiente.

V.- Proporcionar a los pacientes cuyo tratamiento sea objeto de apoyo en virtud de este convenio los servicios de salud con un trato digno y atención médica efectiva, ética y responsable con elementos que definen la calidad asistencial de la unidad operativa, y con la misma calidad y calidez en la atención médica que al resto de los pacientes que atiendan.

VI.- Asegurar que todos los servicios estén basados en la buena práctica, acordes con los estándares nacionales, las normas oficiales mexicanas y los protocolos emitidos por la Secretaría de Salud.

VII.- Dar satisfacción a los pacientes en lo relacionado con los tiempos de espera en la recepción de los medicamentos, en la obtención completa de los medicamentos; así como en las instrucciones sencillas sobre el uso adecuado de los medicamentos; proporcionar indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le sean recetados.

VIII.- Dar a conocer a los padres, tutores y/o representantes de los pacientes, los derechos a los que se hace acreedor al aceptar y recibir los servicios de salud que corresponda, de acuerdo a la intervención médica a la que vaya a ser sometido.

IX.- Atender a los pacientes con personal calificado que asuma una actitud cortés, amable y mediante un lenguaje comprensible de parte del equipo de salud, con respecto a las convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con las condiciones socioculturales de género.

X.- Proporcionar la información suficiente de manera comprensible, veraz y oportuna a los padres, tutores y/o representantes de los pacientes sobre las intervenciones a que será sometido y obtener los consentimientos debidamente informados que se requieran en los términos de la normatividad aplicable.

XI.- Informar sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento y dar las facilidades para la obtención de la segunda opinión al respecto.

XII.- Proporcionar un soporte documental con información clara, precisa y legible, que identifique las acciones y los procedimientos tratantes en cada proceso de atención médica, garantizando el uso confidencial y restringido del expediente y su inalterabilidad; permitir el acceso a los padres, tutores y/o representantes del paciente para acceder a los informes y resultados previa solicitud que haga por escrito, conforme a la normatividad aplicable.

XIII.- Conceder a los padres, tutores y/o representantes de los pacientes la libertad para decidir, sin ninguna forma de presión, sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le proponga; así como la de contar, si así lo desea, con la opinión de un segundo médico.

XIV.- 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.

XV.- 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.

QUINTA.- DE LA VALIDACION DE LOS DESEMBOLSOS.

I.- "LA COMISION", a través de "LA DGGSS", revisará los soportes médicos y administrativos de su competencia, a través del sistema para el registro de casos del Seguro Médico para una nueva Generación de cada evento registrado y validado por "EL OPD", con la finalidad de realizar el reembolso correspondiente.

II.- "EL OPD", emitirá el recibo correspondiente que se detalla en el Anexo 3 del presente instrumento, que deberá contener los requisitos fiscales que marca la Ley en la materia a fin de amparar los desembolsos pactados, "LA COMISION" revisará y validará dicho recibo.

SEXTA.- COMISION DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO.

I.- Para el adecuado desarrollo del objeto del presente instrumento, las partes formarán una Comisión de Evaluación y Seguimiento integrada por dos representantes de "LA COMISION" y dos de "EL OPD", cuyas funciones serán las siguientes:

Definir y especificar los procedimientos para una correcta y oportuna atención a los pacientes.

Procurar la solución de cualquier circunstancia no prevista en este instrumento.

Las demás que acuerden las partes.

II.- "LA COMISION" designa como sus representantes ante la Comisión de Evaluación y Seguimiento al Director General de Gestión y Servicios de Salud y al Director General de Financiamiento.

III.- "EL OPD" designa como sus representantes ante la Comisión de Evaluación y Seguimiento a _____.

SEPTIMA.- DEL RESGUARDO DE LOS SOPORTES ADMINISTRATIVOS Y LOS EXPEDIENTES CLINICOS. "EL OPD" resguardará el expediente clínico de cada paciente beneficiario y una copia de la declaratoria de caso, y póliza de afiliación relacionada con el caso por un plazo de 5 años, contados a partir de la última atención otorgada, así como las recetas y demás documentación soporte de la atención médica y medicamento proporcionado. El expediente deberá llevarse de conformidad con la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico.

OCTAVA.- ACCESO A LA INFORMACION. La información y actividades que se presenten, obtengan o 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, por lo que las partes se obligan a guardar estricta confidencialidad respecto a la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento.

NOVENA.- COLABORACION. "EL OPD" se obliga a preparar y proporcionar, la información y documentación que sea requerida por "LA COMISION", para cumplir con el objeto del presente convenio.

Asimismo, "EL OPD" se obliga a aplicar todos los conocimientos, experiencia y máxima diligencia que posea para el cabal cumplimiento del objeto de este convenio, así como a respetar las normas establecidas por "LA COMISION", desempeñándose en todo tiempo con su propio personal, medios y materiales necesarios que demande la satisfacción total del objeto de este convenio.

DECIMA.- RELACIONES LABORALES. El personal de cada una de las partes que intervenga en la ejecución de las acciones materia de este convenio de colaboración, mantendrá su relación laboral y estará bajo la dirección y dependencia de la parte respectiva, por lo que no crearán relaciones de carácter laboral, civil ni de seguridad social con la otra, a la que en ningún caso se le considerará como patrón sustituto o solidario.

DECIMA PRIMERA.- CONTROL Y SUPERVISION DE RECURSOS. El control y supervisión de los recursos a que se refiere el presente convenio se realizará conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

DECIMA SEGUNDA.- VIGENCIA. El presente Convenio comenzará a surtir efectos a partir de la fecha de su suscripción y hasta el 31 de diciembre de 2011.

DECIMA TERCERA.- MODIFICACIONES. El presente instrumento podrá ser modificado o adicionado conforme a las necesidades que se presenten durante la vigencia del presente instrumento, previa notificación que se realice por escrito por cualquiera de las partes. Toda modificación o adición deberá ser acordada por las partes, formalizarse por escrito y entrará en vigor a partir de la fecha de su firma.

DECIMA CUARTA.- CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR. Las partes no serán responsables de eventos derivados de caso fortuito o fuerza mayor, los cuales les impidieran total o parcialmente la ejecución de las obligaciones derivadas del presente convenio de colaboración.

DECIMA QUINTA.- TERMINACION ANTICIPADA. Las partes acuerdan que el presente convenio podrá darse por terminado anticipadamente por alguna de ellas, previa notificación escrita a la otra que se realice con treinta días naturales de anticipación.

DECIMA SEXTA.- CAUSAS DE RESCISION.- El presente convenio podrá rescindirse por las siguientes causas:

Cuando se determine que los recursos presupuestarios federales se utilizaron con fines distintos a los previstos en el presente instrumento, o,

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.

DECIMA SEPTIMA.- SOMETIMIENTO.- Las partes se obligan estrictamente a sujetarse al contenido del presente convenio, así como a los demás ordenamientos legales aplicables.

DECIMA OCTAVA.- SOLUCION DE CONTROVERSIAS. En caso de presentarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación o cumplimiento del presente convenio, las partes lo resolverán conforme al siguiente procedimiento:

Recurriendo y apoyándose de conformidad en la coadyuvancia y las gestiones de la Comisión de Evaluación y Seguimiento;

En caso de no llegar a un arreglo satisfactorio, someterse a la legislación federal aplicable y a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en el Distrito Federal, por lo que en el momento de firmar este convenio, renuncian en forma expresa al fuero que en razón de su domicilio actual o futuro o por cualquier otra causa pudiese corresponderles.

DECIMA NOVENA.- AVISOS, COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES. Las partes convienen en que todos los avisos, comunicaciones y notificaciones que se realicen con motivo del presente instrumento, se llevarán a cabo por escrito en los domicilios establecidos en el apartado de Declaraciones del mismo.

En caso de que las partes cambien de domicilio, se obligan a dar el aviso correspondiente a la otra, con quince días de anticipación a que dicho cambio de ubicación se lleve a cabo, de lo contrario se tomará como vigente el domicilio expresado en el apartado de Declaraciones del presente instrumento.

VIGESIMA.- ANEXOS. Las partes reconocen como Anexos integrantes del presente Convenio de Colaboración, los que se mencionan a continuación y que además tienen la misma fuerza legal que el presente convenio:

"Listado de intervenciones cubiertas por el SMNG y sus tabuladores correspondientes". (Anexo 1 de las Reglas de Operación)

"Formato de Declaratoria de Caso". (Anexo 6 de las Reglas de Operación)

"Recibo de pago".

Leído que fue el Convenio, y enteradas las partes de su contenido y alcance legales, lo firman por cuadruplicado en la Ciudad de _____, _____, el _____ del mes de _____ del año dos mil once.

POR "LA COMISION"

POR "EL OPD"

(NOMBRE)

COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCION
SOCIAL EN SALUD

(NOMBRE)

DIRECTOR GENERAL

(NOMBRE)

DIRECTOR GENERAL DE GESTION DE
SERVICIOS DE SALUD

(NOMBRE)

(anotar cargo)

(NOMBRE)

DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO

II.- Modelo de instrumento específico en materia de transferencia de recursos federales.

(SESA CAPITA)

CONVENIO ESPECIFICO EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS QUE PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION 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, _____, ASISTIDO POR EL DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO, _____, 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

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.

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.

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, por lo que con fecha 21 de febrero de 2007 se publica en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio Nacional a partir del 1 de diciembre de 2006, que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito Federal.

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.

Con fecha _____, "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.

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, ahora Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 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":

Que es una Dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, en términos de lo dispuesto en los artículos 2, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la cual corresponde, entre otras atribuciones, las de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social y servicios médicos y salubridad general.

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.

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 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 queda debidamente acreditado con la copia del nombramiento de fecha _____, el cual se adjunta copia fotostática para formar parte integrante del instrumento.

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 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 y XV del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

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.

Que cuenta con la disponibilidad presupuestal correspondiente para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente instrumento.

Que para efectos del presente convenio señala como domicilio el ubicado en la Calle de Gustavo E. Campa número 54, Colonia Guadalupe Inn, C.P. 01020, en México, Distrito Federal.

II. Declara "LA ENTIDAD".

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".

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".

Que sus prioridades para alcanzar los objetivos pretendidos a través del presente instrumento son:
_____.

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, 223 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 2011 publicadas en el Diario Oficial de la Federación el día _____ - (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, tiene 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 _____, 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 transfiere 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 consiste en transferir a la "LA ENTIDAD" una cápita anual de \$210.00 (DOSCIENTOS DIEZ PESOS 00/100 M.N.) por una sola vez por cada niño mexicano nacido a partir de diciembre de 2006, cuya familia se afilie al Sistema de Protección Social en Salud en el 2011.

La estimación del monto máximo de los recursos a transferir, según el número de beneficiarios a afiliar al Programa durante el año 2011, se establece en forma detallada en el Anexo _____.

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", a las Reglas de Operación, 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". La transferencia de los recursos se hará de acuerdo a la afiliación reportada por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y validada por la Dirección General de Afiliación y Operación de "LA COMISION".

El mecanismo de transferencia de recursos deberá llevarse a cabo de conformidad con las Reglas de Operación 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:

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.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud practicará visitas de acuerdo al programa convenido para este fin con "LA ENTIDAD", a efecto de observar el cumplimiento del presente convenio y el anexo _____.

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.

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 permanezcan ociosos o que no hayan sido aplicados por "LA ENTIDAD" para los fines objeto del presente convenio o bien, en contravención a sus Cláusulas, ocasionando como consecuencia el reintegro y la suspensión en la ministración de recursos a "LA ENTIDAD", en términos de lo establecido en las Reglas de Operación, así como en la Cláusula Octava de "EL ACUERDO MARCO".

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 Reglas de Operación, así como las disposiciones jurídicas aplicables.

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 de desempeño y sus metas, que a continuación se señalan:

OBJETIVOS: _____

INDICADORES: Se describen en el numeral 7.2 de las Reglas de Operación.

METAS: _____

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 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 las obligaciones establecidas en "EL ACUERDO MARCO", se obliga a:

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.

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.

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.

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.

Ministrar 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 recepción de los recursos.

Los recursos presupuestales federales transferidos, que después de radicados en la Secretaría de Finanzas (o su equivalente) de "LA ENTIDAD", no hayan sido ministrados a la unidad ejecutora, o que una vez ministrados a esta última no sean ejercidos en los términos de este convenio, serán considerados por "LA SECRETARIA" como recursos ociosos, en términos de lo establecido en el artículo 223 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, procediéndose a su reintegro al Erario Federal (Tesorería de la Federación) dentro de los 15 días siguientes en que los requiera "LA SECRETARIA".

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.

Mantener actualizados los indicadores para resultados de los recursos transferidos, así como evaluar los resultados que se obtengan con los mismos.

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.

Informar sobre la suscripción de este Convenio, al órgano técnico de fiscalización de la legislatura local en "LA ENTIDAD".

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.

Publicar en el órgano de difusión oficial de la localidad, dentro de los quince días hábiles posteriores a su formalización, el presente instrumento.

Difundir en su página de Internet el concepto financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento.

Emitir un recibo de comprobación de ministración de fondos, por el importe de cada depósito y remitirlo a la

Comisión Nacional de Protección Social en Salud en un plazo máximo de 90 días naturales después de recibidos los recursos, dicho recibo deberá cumplir con los requisitos previstos en el numeral 5.2, inciso b) de la Reglas de Operación.

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

Transferir los recursos presupuestarios federales a que se refiere la Cláusula Segunda, párrafo primero, del presente Convenio de acuerdo con la disponibilidad presupuestal y la afiliación reportada por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

Verificar que los recursos presupuestales que en virtud de este instrumento se transfieran, no permanezcan ociosos y que sean 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.

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.

Practicar visitas, solicitar la entrega de la documentación e información que permita observar el cumplimiento del presente convenio y el anexo ____, 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.

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.

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 de la Administración Pública Federal, 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 permanezcan ociosos o que no hayan sido aplicados por "LA ENTIDAD" para los fines que en este instrumento se determinan, ocasionando como consecuencia el reintegro y la suspensión de la ministración de recursos a "LA ENTIDAD", en términos de lo establecido en las Reglas de Operación, así como en la Cláusula Octava de "EL ACUERDO MARCO".

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.

Dar seguimiento, en coordinación con "LA ENTIDAD", sobre el avance en el cumplimiento del objeto del presente instrumento.

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.

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 de la Administración Pública Federal, 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".

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.

Informar sobre la suscripción de este Convenio, a la Auditoría Superior de la Federación.

Publicar en el Diario Oficial de la Federación, dentro de los quince días hábiles posteriores a su formalización, el presente instrumento.

Difundir en su página de Internet el concepto financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento.

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, en 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 2011, 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:

Por estar satisfecho el objeto para el que fue celebrado.

Por acuerdo de las partes.

Por caso fortuito o fuerza mayor

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

Cuando se determine que los recursos presupuestarios federales permanecen ociosos o se utilizaron con fines distintos a los previstos en el presente instrumento, o,

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 y en la Cláusula Octava de "EL ACUERDO MARCO".

DECIMA CUARTA.- CLAUSULAS QUE SE TIENEN POR REPRODUCIDAS.- Dado que el presente Convenio Especifico 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.

DECIMA QUINTA.- ANEXOS. Las partes reconocen como Anexos integrantes del presente Convenio Específico, el que se menciona a continuación y que además tienen la misma fuerza legal que el presente convenio:

Anexo ___ " _____ "

Anexo ___ " _____ "

Anexo ___ " _____ "

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

"LA ENTIDAD" a los _____ días del mes de _____ del año dos mil once

"LA SECRETARIA" a los _____ días del mes de _____ del año dos mil once.

POR "LA SECRETARIA "

POR "LA ENTIDAD"

(NOMBRE)
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCION
SOCIAL EN SALUD

(NOMBRE)
EL SECRETARIO DE FINANZAS

(NOMBRE)
DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO

(NOMBRE)
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 TRANSFERENCIA 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 ____

DEL CONVENIO ESPECIFICO PARA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES POR CONCEPTO DE _____ DEL SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION.

IMPORTE DE LOS RECURSOS A TRANSFERIR

Concepto	Cantidad	Costo	Importe Total

III. Modelo de instrumento específico en materia de transferencia de recursos federales.

(SESA INTERVENCIONES)

CONVENIO ESPECIFICO EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS QUE PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION 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, _____, ASISTIDO POR EL DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO, _____, 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

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.

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, por lo que con fecha 21 de febrero de 2007 se publica en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las

familias con al menos un niño nacido en territorio Nacional a partir del 1 de diciembre de 2006, que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito Federal.

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.

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.

Con fecha _____, "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.

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 ahora Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 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":

Que es una Dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, en términos de lo

dispuesto en los artículos 2, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la cual corresponde, entre otras atribuciones, las de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social y servicios médicos y salubridad general.

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.

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 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 queda debidamente acreditado con la copia del nombramiento de fecha _____, el cual se adjunta copia fotostática para formar parte integrante del instrumento.

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 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 y XV del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

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.

Que cuenta con la disponibilidad presupuestal correspondiente para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente instrumento.

Que para efectos del presente convenio señala como domicilio el ubicado en la Calle de Gustavo E. Campa número 54, Colonia Guadalupe Inn, C.P. 01020, en México, Distrito Federal.

II. Declara "LA ENTIDAD".

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".

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".

Que sus prioridades para alcanzar los objetivos pretendidos a través del presente instrumento son:

_____.

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, 223 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 2011 publicadas en el Diario Oficial de la Federación el día _____ (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 tiene 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 del pago de intervenciones cubiertas por este último, las cuales se describen como acciones de Segundo y Tercer Niveles de atención que no están contempladas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) o el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) del Sistema de Protección Social en Salud.

Estas acciones se cubrirán mediante el reembolso de cada intervención realizada a los beneficiarios del programa y procederá para eventos terminados. El monto a cubrir por cada una de estas intervenciones se determinará conforme a las tarifas del tabulador establecido en el Anexo 1 del presente convenio, así como

a las Reglas de Operación.

En el caso de las intervenciones con tabulador "Pago por facturación" se cubrirá solamente el tratamiento de sustitución y/o medicamentos especializados, así como los insumos que se requieran de acuerdo a la aplicación de éstos y al registro correspondiente. Para esto, se deberá registrar bimestralmente en el Sistema del SMNG el monto total de la factura correspondiente, la cual, será cubierta por reembolso previa validación del caso.

En el caso de las intervenciones realizadas a los Beneficiarios del Programa y que no se enlisten en el tabulador del Anexo 1 del presente instrumento, la Comisión estará facultada para determinar si son elegibles de cubrirse con el Seguro Médico para una nueva Generación, y el monto de la tarifa a cubrir por cada uno de los eventos. Esta tarifa será como máximo la de recuperación del tabulador más alto aplicable a la población sin seguridad social.

Adicionalmente, se cubrirán las intervenciones realizadas a los beneficiarios del Seguro Médico para una nueva Generación durante el ejercicio fiscal 2010, y notificadas antes del 31 de enero de 2011 a la Comisión de acuerdo a los procedimientos establecidos en las Reglas de Operación.

Con el objeto de asegurar la aplicación y efectividad del presente convenio específico, las partes se sujetarán a lo establecido en sus cláusulas y su correspondiente Anexo 1, al contenido de "EL ACUERDO MARCO", a las Reglas de Operación, 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 en un monto total que dependerá de los casos cubiertos por el concepto referido en la Cláusula Primera que se presenten en "LA ENTIDAD" y sean atendidos y solicitados los pagos correspondientes, de conformidad a los criterios y procedimientos establecidos en las Reglas de Operación, con cargo al presupuesto de "LA SECRETARIA".

El mecanismo de transferencia de recursos deberá llevarse a cabo de conformidad con las Reglas de Operación 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 a la provisión de los servicios de las intervenciones contempladas en la Cláusula Primera y/o los conceptos de gasto que, bajo criterio del prestador, fortalecerán la prestación de los servicios a los beneficiarios del SMNG, atendiendo las Reglas de Operación y la normatividad aplicable, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal y de acuerdo a los siguientes alcances:

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, transferirá los recursos presupuestales asignados a "LA ENTIDAD" a efecto de que sean aplicados específicamente en las partidas utilizadas para la provisión de los servicios citados en la Cláusula Primera del presente instrumento y/o para el fortalecimiento de la prestación de los servicios a los beneficiarios del SMNG, 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.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud practicará visitas de acuerdo al programa convenido para este fin con "LA ENTIDAD", a efecto de observar el cumplimiento del presente convenio y su anexo 1.

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.

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 permanezcan ociosos o que no hayan sido aplicados por "LA ENTIDAD" para los fines objeto del presente convenio o bien, en contravención a sus Cláusulas, ocasionando como consecuencia el reintegro y la suspensión en la ministración de recursos a "LA ENTIDAD", en términos de lo establecido en las Reglas de Operación, así como en la Cláusula Octava de "EL ACUERDO MARCO".

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 Reglas de Operación y disposiciones jurídicas aplicables.

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 de desempeño y sus metas, que a continuación se señalan:

OBJETIVOS: _____

INDICADORES: Se describen en el numeral 7.2 de las Reglas de Operación.

METAS: _____

CUARTA.- APLICACION.- Los recursos presupuestarios federales que transfiere el Ejecutivo Federal a que alude la Cláusula Segunda de este Instrumento, se destinarán para la provisión de los servicios de las intervenciones señaladas en la Cláusula Primera y/o a los conceptos de gasto, que bajo el criterio del prestador, fortalecerá la prestación de los servicios de salud a los beneficiarios del Programa.

Dichos recursos no podrán traspasarse a otros conceptos de gasto y se registrarán conforme a su naturaleza, como gasto corriente o 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 las obligaciones establecidas en "EL ACUERDO MARCO", se obliga a:

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.

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.

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.

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.

Ministrar los recursos presupuestarios federales a que se refiere el presente instrumento, a la unidad ejecutora, a efecto de 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 recepción de los recursos.

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 aquéllos erogados, así como los resultados de las evaluaciones que se hayan realizado.

Mantener actualizados los indicadores para resultados de los recursos transferidos, así como evaluar los resultados que se obtengan con los mismos.

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.

Informar sobre la suscripción de este Convenio, al órgano técnico de fiscalización de la legislatura local en "LA ENTIDAD".

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.

Publicar en el órgano de difusión oficial de la localidad, dentro de los quince días hábiles posteriores a su formalización, el presente instrumento.

Difundir en su página de Internet el concepto financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento.

Emitir un recibo de comprobación de ministración de fondos, por el importe de cada depósito y remitirlo a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en un plazo máximo de 90 días naturales después de recibidos los recursos, dicho recibo deberá cumplir con los requisitos previstos en el numeral 5.2, inciso b) de la Reglas de Operación.

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

Transferir los recursos presupuestarios federales a que se refiere la Cláusula Segunda, párrafo primero, del presente Convenio de acuerdo con los plazos derivados del procedimiento de pago correspondiente y la disponibilidad presupuestal.

Verificar que los recursos presupuestales que en virtud de este instrumento se transfieran, no permanezcan ociosos y que sean 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.

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.

Practicar visitas, solicitar la entrega de la documentación e información que permita observar el cumplimiento del presente convenio y su Anexo 1, 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.

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.

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 de la Administración Pública Federal, 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 permanezcan ociosos o que no hayan sido aplicados por "LA ENTIDAD" para los fines que en este instrumento se determinan, ocasionando como consecuencia el reintegro y la suspensión de la ministración de recursos a "LA ENTIDAD", en términos de lo establecido en las Reglas de Operación, así como en la Cláusula Octava de "EL ACUERDO MARCO".

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.

Dar seguimiento, en coordinación con "LA ENTIDAD", sobre el avance en el cumplimiento del objeto del presente instrumento.

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.

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 de la Administración Pública Federal, 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".

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.

Informar sobre la suscripción de este Convenio, a la Auditoría Superior de la Federación.

Publicar en el Diario Oficial de la Federación, dentro de los quince días hábiles posteriores a su formalización, el presente instrumento.

Difundir en su página de Internet el concepto financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento.

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, en 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 2011, 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.- 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 PRIMERA.- CAUSAS DE TERMINACION.- El presente Convenio Específico podrá darse por terminado cuando se presente alguna de las siguientes causas:

Por estar satisfecho el objeto para el que fue celebrado.

Por acuerdo de las partes.

Por caso fortuito o fuerza mayor

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

Cuando se determine que los recursos presupuestarios federales permanecen ociosos o se utilizaron con fines distintos a los previstos en el presente instrumento, o,

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 y en la Cláusula Octava de "EL ACUERDO MARCO".

DECIMA TERCERA.- 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.

DECIMA CUARTA.- ANEXO. Las partes reconocen como Anexo integrante del presente Convenio de Colaboración, el que se menciona a continuación y que además tienen la misma fuerza legal que el

presente convenio:

"Listado de intervenciones cubiertas por el SMNG y sus tabuladores correspondientes". (Anexo 1 de las Reglas de Operación)

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

"LA ENTIDAD" a los _____ días del mes de _____ del año dos mil once

"LA SECRETARIA" a los _____ días del mes de _____ del año dos mil once.

POR "LA SECRETARIA "

POR "LA ENTIDAD"

(NOMBRE)
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCION
SOCIAL EN SALUD

(NOMBRE)
EL SECRETARIO DE FINANZAS

(NOMBRE)
DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO

(NOMBRE)
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 TRANSFERENCIA 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 _____.

IV. Modelo de instrumento específico en materia de transferencia de recursos federales

HOSPITALES PRIVADOS

CONVENIO DE COLABORACION PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION 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, _____, ASISTIDO POR LOS DIRECTORES GENERALES DE FINANCIAMIENTO Y DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD, _____ Y _____, RESPECTIVAMENTE, EN LO SUCESIVO "LA COMISION", Y POR LA OTRA PARTE " _____ EL

HOSPITAL _____ " (A.C., S.C., S.A. DE C.V., S. R.L., ETC), AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "EL HOSPITAL", REPRESENTADO POR SU APODERADO _____, EN SU CARACTER DE _____ ASISTIDO POR EL _____, EN SU CARACTER DE _____, 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 de años de vida, mejorar la salud de las familias de menos ingresos y avanzar hacia un esquema de aseguramiento universal, , por lo que con fecha 21 de febrero de 2007 se publica en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio Nacional a partir del 1 de diciembre de 2006, que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por

concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito Federal.

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. Que con fecha de de 2010 fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación para el ejercicio fiscal 2011, que contempla, como uno de los apoyos económicos, el pago de intervenciones realizadas por los prestadores de servicios a los beneficiarios del Programa; acciones de segundo y tercer niveles que no están contempladas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) o en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) del Sistema de Protección Social en Salud.

V. Que en las Reglas de Operación del Programa se establece que cuando el pago de las intervenciones cubiertas con recursos presupuestales del programa a prestadores distintos a los Servicios Estatales de Salud, sean éstos un hospital descentralizado, un instituto nacional de salud, un hospital público o privado, "LA COMISION" deberá establecer los convenios correspondientes.

DECLARACIONES

» "LA COMISION":

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.

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 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 queda debidamente acreditado con la copia del nombramiento de fecha _____, el cual se adjunta copia fotostática para formar parte integrante del instrumento.

Que dentro de las atribuciones 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 problemas 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 de la previsión presupuestal anual para atender necesidades de infraestructura y las variaciones en la demandas 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 y XV del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

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.

Que corresponde a la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (en adelante "LA DGGSS") entre otros: (i) proponer la incorporación gradual y jerarquizada de los servicios de salud y de las intervenciones clínicas al Sistema, así como su secuencia y alcance con el fin de lograr la cobertura universal de los servicios; (ii) estimar los costos derivados de las intervenciones médicas y de la provisión de nuevos servicios, con base en los protocolos clínicos y terapéuticos previendo su impacto económico, y (iii) coadyuvar en la determinación de las células de evaluación del Sistema, que se utilicen en el proceso de acreditación, en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, conforme a lo establecido en el artículo 10, fracciones I, II y III BIS 3 Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Que cuenta con la disponibilidad presupuestal correspondiente para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente instrumento.

Que para efectos del presente convenio señala como domicilio el ubicado en la Calle de Gustavo E. Campa número 54, Colonia Guadalupe Inn, C.P. 01020, en México, Distrito Federal.

e "EL HOSPITAL":

Que su representada es una _____, legalmente constituida bajo las leyes mexicanas, con personalidad jurídica y patrimonio propio, según consta en la escritura pública número _____ de fecha _____, otorgada ante la fe del notario público número _____ de la ciudad de _____, Licenciado _____, cuyo primer testimonio se encuentra debidamente inscrito en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio del _____ bajo el folio mercantil _____.

Que su representante cuenta con todas las facultades necesarias para la celebración de este Convenio, las cuales no le han sido limitadas o restringidas en forma alguna, según consta en la Escritura Pública por la cual se constituye, referida en el numeral precedente, facultades con las que comparece y manifiesta no le han sido revocadas, modificadas ni limitadas en forma alguna hasta la fecha. (O en su defecto, establecer los datos de escritura pública número _____ de fecha _____, otorgada ante la fe del notario público número _____ de la ciudad de _____, Licenciado _____, cuyo primer testimonio se encuentra debidamente inscrito en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio del _____ bajo el folio mercantil _____.)

Que señala como domicilio para la prestación de los servicios, el ubicado en la calle _____ número _____, Colonia _____, _____ C.P. _____.

Que de acuerdo con su objeto social tiene entre otros fines: El _____; así como la prestación de servicios profesionales para el diagnóstico, tratamiento y procedimientos de _____.

Que en la prestación de los servicios objeto de este convenio dispone de los recursos humanos, técnicos y materiales necesarios para obligarse en los términos del presente Convenio y dar el cabal cumplimiento.

Está inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la clave _____.

Señala que se encuentra acreditado _____ (SEÑALAR DATOS DE ACREDITACION) por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud y el Comité de Acreditación de la Secretaria de Salud para atender _____.

Que señala como domicilio para los efectos de este Convenio, el ubicado en _____ número _____, Colonia _____, de la ciudad de _____, C.P. _____.

CLAUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El presente Convenio tiene por objeto que "LA COMISION" efectúe el reembolso por las intervenciones realizadas por parte de "EL HOSPITAL" a los beneficiarios del SMNG, las cuales se describen como acciones de segundo y tercer niveles de atención que no están contempladas en el CAUSES ni en el FPGC, de conformidad con el numeral 4.3.2, 4.3.3 y 5.2 de las Reglas de Operación y el Anexo 1 del presente instrumento.

Los recursos presupuestales que transfiere el Ejecutivo Federal se aplicarán para el reembolso y hasta por los importes por cada intervención que se indican en las Reglas de Operación y en el Anexo 1 del presente instrumento, que es parte integrante del mismo.

En el caso de las intervenciones con tabulador "Pago por facturación" se cubrirá solamente el tratamiento de sustitución y/o medicamentos especializados, así como los insumos que se requieran de acuerdo a la aplicación de estos y al registro correspondiente. Para esto, se deberá registrar bimestralmente en el Sistema del SMNG el monto total de la factura correspondiente, la cual, será cubierta por reembolso previa validación del caso.

En el caso de las intervenciones realizadas a los beneficiarios del Programa del Seguro Médico para una Nueva Generación y que no se enlistan en el Anexo 1 del presente instrumento, "LA COMISION" estará facultada para determinar si son elegibles de cubrirse con el Seguro Médico para una Nueva Generación y el monto de la tarifa a cubrir por cada una de los eventos. No se cubrirá las acciones e intervenciones señaladas en el Anexo 2 de las reglas de operación.

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA.- "EL HOSPITAL" solicitará a "LA COMISION" el reembolso de los casos de intervenciones cubiertas de aquellos beneficiarios que no hayan cubierto ninguna cuota de

recuperación. "LA DGGSS" revisará los casos de reembolso a pagar a "EL HOSPITAL", verificando en el Sistema de Captura y/o en la documentación que acredite la validación y su correcta clasificación de acuerdo al tabulador señalado en el Anexo 1 del presente instrumento; 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 de los casos en que proceda el reembolso, a la Dirección General de Financiamiento de "LA COMISION" para que ésta a su vez realice la transferencia de recursos a "EL HOSPITAL".

Para el reembolso respectivo, "EL HOSPITAL" deberá expedir un recibo 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, debiendo 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 COMISION" podrá solicitar cualquier información adicional de los casos cuyo reembolso haya sido solicitado.

"LA COMISION" no cubrirá las intervenciones cuya información requerida para su autorización no sea proporcionada; los casos en que la calidad de la información recibida no permita su adecuada autorización; y, cuando durante el proceso de autorización, se determine la improcedencia del reembolso.

TERCERA.- OBLIGACIONES DE "LA COMISION". Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento, "LA COMISION" se obliga a:

I.- Autorizar a través de "LA DGGSS" la Declaratoria de Caso Nuevo, entendiéndose esta última como la información requisitada por "EL HOSPITAL" en el sistema informático respectivo, relacionada con la atención médica del Programa del Seguro Médico para una Nueva Generación. El formato de Declaratoria de Caso se acompaña como Anexo 2 del presente convenio.

II.- Dar seguimiento a las acciones que "EL HOSPITAL" lleve a cabo para el debido cumplimiento del presente Convenio.

III.- Podrá practicar visitas, solicitar la entrega de la documentación e información que permita observar el cumplimiento del presente convenio y sus anexos.

IV.- 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 "EL HOSPITAL", por lo que en ningún caso se entenderán como patrones sustitutos o solidarios.

V.- El control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios que en virtud de este instrumento serán transferidos, corresponderá a "LA COMISION", a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la Secretaría de la Función Pública de la Administración Pública Federal, 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 "EL HOSPITAL".

VI.- Publicar en la página de Internet de "LA COMISION" el presente convenio.

CUARTA.- OBLIGACIONES DE "EL HOSPITAL". Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento, "EL HOSPITAL" se obliga a:

I.- Prestar los servicios médicos de segundo y tercer nivel que no se encuentran dentro del CAUSES ni del FPGC, pero dentro de aquellos padecimientos cubiertos por el Programa del Seguro Médico para una Nueva Generación, de conformidad con las Reglas de Operación.

II.- Entregar a "LA COMISION", en caso que lo requiera, un informe mensual de los registros clínicos de los pacientes, con el siguiente contenido: nombre, edad, género, lugar de residencia, diagnóstico motivo de los servicios prestados y procedimiento clínico realizado, para el caso de los registros clínicos; en su caso, a través del Sistema informático que ponga a disposición "LA COMISION".

III.- Proporcionar los documentos o información relacionados con el cumplimiento del presente convenio que sean solicitados por "LA COMISION", así como brindar las facilidades necesarias a fin de que "LA COMISION" pueda llevar a cabo el seguimiento del adecuado cumplimiento del presente convenio.

IV.- Dar aviso al Régimen Estatal de Salud de los casos que se han atendido y que se han puesto del conocimiento de "LA COMISION", dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre del mes correspondiente.

V.- Proporcionar a los pacientes cuyo tratamiento sea objeto de apoyo en virtud de este convenio los servicios de salud con un trato digno y atención médica efectiva, ética y responsable con elementos que definen la calidad asistencial de la unidad operativa, y con la misma calidad y calidez en la atención médica

que al resto de los pacientes que atiendan.

VI.- Asegurar que todos los servicios estén basados en la buena práctica, acordes con los estándares nacionales, las normas oficiales mexicanas y los protocolos emitidos por la Secretaría de Salud.

VII.- Dar satisfacción a los pacientes en lo relacionado con los tiempos de espera en la recepción de los medicamentos, en la obtención completa de los medicamentos; así como en las instrucciones sencillas sobre el uso adecuado de los medicamentos; proporcionar indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le sean recetados.

VIII.- Dar a conocer a los padres, tutores y/o representantes de los pacientes, los derechos a los que se hace acreedor al aceptar y recibir los servicios de salud que corresponda, de acuerdo a la intervención médica a la que vaya a ser sometido.

IX.- Atender a los pacientes con personal calificado que asuma una actitud cortés, amable y mediante un lenguaje comprensible de parte del equipo de salud, con respecto a las convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con las condiciones socioculturales de género.

X.- Proporcionar la información suficiente de manera comprensible, veraz y oportuna a los padres, tutores y/o representantes de los pacientes sobre las intervenciones a que será sometido y obtener los consentimientos debidamente informados que se requieran en los términos de la normatividad aplicable.

XI.- Informar sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento y dar las facilidades para la obtención de la segunda opinión al respecto.

XII.- Proporcionar un soporte documental con información clara, precisa y legible, que identifique las acciones y los procedimientos tratantes en cada proceso de atención médica, garantizando el uso confidencial y restringido del expediente y su inalterabilidad; permitir el acceso a los padres, tutores y/o representantes del paciente para acceder a los informes y resultados previa solicitud que haga por escrito, conforme a la normatividad aplicable.

XIII.- Conceder a los padres, tutores y/o representantes de los pacientes la libertad para decidir, sin ninguna forma de presión, sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le proponga; así como la de contar, si así lo desea, con la opinión de un segundo médico.

XIV.- 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.

QUINTA.- DE LA VALIDACION DE LOS DESEMBOLSOS.

I.- "LA COMISION", a través de "LA DGGSS", validará los soportes médicos y administrativos de su competencia, entre los que se encuentra como paso previo la Declaratoria de Caso Nuevo de cada evento descrito que le sea remitida por "EL HOSPITAL", con la finalidad de realizar el reembolso correspondiente.

II.- "EL HOSPITAL", emitirá el recibo correspondiente que se detalla en el Anexo 3 del presente instrumento, que deberá contener los requisitos fiscales que establecen los artículos 29 y 29 A del Código Fiscal de la Federación a fin de amparar los desembolsos pactados, "LA COMISION" revisará y validará dicho recibo.

SEXTA.- COMISION DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO.

I.- Para el adecuado desarrollo del objeto del presente instrumento, las partes formarán una Comisión de Evaluación y Seguimiento integrada por dos representantes de "LA COMISION" y dos de "EL HOSPITAL", cuyas funciones serán las siguientes:

Definir y especificar los procedimientos para una correcta y oportuna atención a los pacientes.

Procurar la solución de cualquier circunstancia no prevista en este instrumento.

Las demás que acuerden las partes.

II.- "LA COMISION" designa como sus representantes ante la Comisión de Evaluación y Seguimiento al Director General de Gestión y Servicios de Salud y al Director General de Financiamiento.

III.- "EL HOSPITAL" designa como sus representantes ante la Comisión de Evaluación y Seguimiento a _____.

SEPTIMA.- DEL RESGUARDO DE LOS SOPORTES ADMINISTRATIVOS Y LOS EXPEDIENTES CLINICOS. "EL HOSPITAL" resguardará el expediente clínico de cada paciente beneficiario 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, así como las recetas y demás documentación soporte de la atención médica y medicamento proporcionado. El expediente deberá llevarse de conformidad con la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico publicada en el Diario oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999 y sus respectivas modificaciones.

OCTAVA.- ACCESO A LA INFORMACION. La información y actividades que se presenten, obtengan o 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, por lo que las partes se obligan a guardar estricta confidencialidad respecto a la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento.

NOVENA.- COLABORACION. "EL HOSPITAL" se obliga a preparar y proporcionar, la información y documentación que sea requerida por "LA COMISION", para cumplir con el objeto del presente convenio.

Asimismo, "EL HOSPITAL" se obliga a aplicar todos los conocimientos, experiencia y máxima diligencia que posea para el cabal cumplimiento del objeto de este convenio, así como a respetar las normas establecidas por "LA COMISION", desempeñándose en todo tiempo con su propio personal, medios y materiales necesarios que demande la satisfacción total del objeto de este convenio.

DECIMA.- RELACIONES LABORALES. El personal de cada una de las partes que intervenga en la ejecución de las acciones materia de este convenio de colaboración, mantendrá su relación laboral y estará bajo la dirección y dependencia de la parte respectiva, por lo que no crearán relaciones de carácter laboral, civil ni de seguridad social con la otra, a la que en ningún caso se le considerará como patrón sustituto o solidario.

DECIMA PRIMERA.- CONTROL Y SUPERVISION DE RECURSOS. El control y supervisión de los recursos a que se refiere el presente convenio se realizará conforme a las Reglas de Operación, así como a las disposiciones jurídicas aplicables.

DECIMA SEGUNDA.- VIGENCIA. El presente Convenio comenzará a surtir efectos a partir de la fecha de su suscripción y hasta el 31 de diciembre de 2011.

DECIMA TERCERA.- MODIFICACIONES. El presente instrumento podrá ser modificado o adicionado conforme a las necesidades que se presenten durante la vigencia del presente instrumento, previa notificación que se realice por escrito por cualquiera de las partes. Toda modificación o adición deberá ser acordada por las partes, formalizarse por escrito y entrará en vigor a partir de la fecha de su firma.

DECIMA CUARTA.- CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR. Las partes no serán responsables de eventos derivados de caso fortuito o fuerza mayor, los cuales les impidieran total o parcialmente la ejecución de las obligaciones derivadas del presente convenio de colaboración.

DECIMA QUINTA.- TERMINACION ANTICIPADA. Las partes acuerdan que el presente convenio podrá darse por terminado anticipadamente por alguna de ellas, previa notificación escrita a la otra que se realice con treinta días naturales de anticipación, por lo que en todo caso tomará las medidas necesarias, a fin de no afectar a terceros.

DECIMA SEXTA.- CAUSAS DE RESCISION.- El presente convenio 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.

DECIMA SEPTIMA.- SOMETIMIENTO.- Las partes se obligan estrictamente a sujetarse al contenido del presente convenio, a las Reglas de Operación, así como a los demás ordenamientos legales aplicables.

DECIMA OCTAVA.- SOLUCION DE CONTROVERSIAS. En caso de presentarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación o cumplimiento del presente convenio, las partes lo resolverán conforme al siguiente procedimiento:

Recurriendo y apoyándose de conformidad en la coadyuvancia y las gestiones de la Comisión de Evaluación y Seguimiento; prevista en la Cláusula Sexta del presente convenio.

En caso de no llegar a un arreglo satisfactorio, someterse a la legislación federal aplicable y a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en el Distrito Federal, por lo que en el momento de firmar este

convenio, renuncian en forma expresa al fuero que en razón de su domicilio actual o futuro o por cualquier otra causa pudiere corresponderles.

DECIMA NOVENA.- AVISOS, COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES. Las partes convienen en que todos los avisos, comunicaciones y notificaciones que se realicen con motivo del presente instrumento, se llevarán a cabo por escrito en los domicilios establecidos en el apartado de Declaraciones del mismo.

En caso de que las partes cambien de domicilio, se obligan a dar el aviso correspondiente a la otra, con quince días de anticipación a que dicho cambio de ubicación se lleve a cabo, de lo contrario se tomará como vigente el domicilio expresado en el apartado de Declaraciones del presente instrumento.

VIGESIMA.- ANEXOS. Las partes reconocen como Anexos integrantes del presente Convenio de Colaboración, los que se mencionan a continuación y que además tienen la misma fuerza legal que el presente convenio:

"Listado de intervenciones cubiertas por el SMNG y sus tabuladores correspondientes". (Anexo 1 de las Reglas de Operación)

"Formato de Declaratoria de Caso". (Anexo 6 de las Reglas de Operación)

"Recibo de pago".

Leído que fue el Convenio, y enteradas las partes de su contenido y alcance legales, lo firman por cuadruplicado en la Ciudad de _____, _____, el _____ del mes de _____ del año dos mil once.

POR "LA COMISION"

POR "EL HOSPITAL"

(NOMBRE)

COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCION
SOCIAL EN SALUD

(NOMBRE)

DIRECTOR GENERAL

(NOMBRE)

DIRECTOR GENERAL DE GESTION DE
SERVICIOS DE SALUD

(NOMBRE)

(anotar cargo)

(NOMBRE)

DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO

Anexo 9 Formato 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 _____	

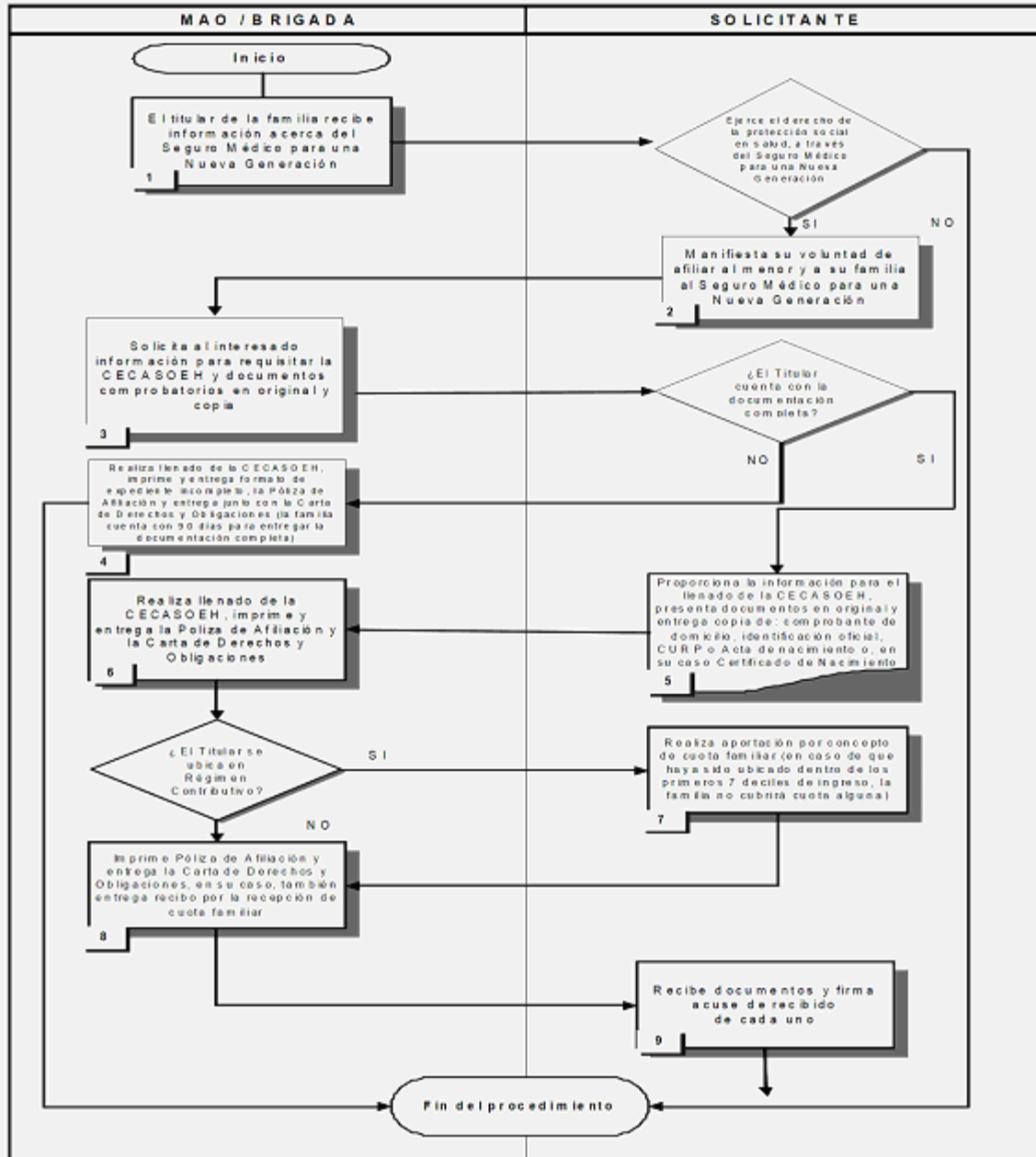
IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

"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 10. Procedimiento de afiliación al Seguro Médico para una Nueva Generación.



Anexo 11. Citas para la familia en Anverso y Reverso

GOBIERNO FEDERAL
SAÚDE

SEGURO POPULAR
NUEVA GENERACIÓN

Vivir Mejor

CITAS PARA LA FAMILIA BENEFICIARIA DEL SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN

Nombre del niño (a) _____ apellido paterno _____ apellido materno _____ nombre _____

Nombre del familiar o responsable de la familia _____ apellido paterno _____ apellido materno _____ nombre _____

Domicilio: _____ localidad _____ municipio _____

No. de Folio de Familia _____ No. de expediente familiar _____

_____ No. progresivo _____ mes _____ año _____

_____ No. de CURP de la/el titular _____

Identificación del agente comunitario o de la unidad de salud

ASC o ARS Centro de Salud UMF UIMR

U. Móvil Med. Urbano Otro Especifique _____

Nombre del responsable: _____

Domicilio: _____ localidad _____ municipio _____

Jurisdicción Sanitaria o Región: _____ Estado: _____

Institución: _____

Estimados Beneficiarios del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, es importante que lean y recuerden lo siguiente:

- A través de este Programa se garantiza la cobertura completa en servicios de salud a los niños mexicanos nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006, a fin de mejorar la salud y evitar las muertes y la discapacidad
- Cada integrante de la familia debe de tener su Cartilla Nacional de Salud y si no cuenta con ella deberán solicitarla al personal de salud
- Cada integrante debe de llevar a su consulta médica su Cartilla Nacional de Salud donde el personal de salud registrará los resultados de la atención recibida
- Es importante que todos los miembros de la familia reciban atención e la salud en las unidades médicas, asistiendo a las consultas en el día y la hora programadas
- Para cuidar correctamente la salud del niño, deben capacitarse a través de la asistencia a los talleres comunitarios para la salud, de acuerdo a la programación señalada
- Es indispensable que su hijo reciba todas sus vacunas señaladas en la Cartilla Nacional de Vacunación y de particular importancia es la vacuna contra neumococo a los 2 y 4 meses de edad
- Pregunté a su médico la forma de prevenir la anemia en su hijo
- Como complemento de las acciones que ofrece el Seguro Popular, el Seguro Médico para una Nueva Generación cubre 103 intervenciones más
- Con este Programa los niños estarán protegidos de los principales padecimientos que se presentan en los primeros 5 años de vida, sobre todo en el primer año
- Es importante que todas las familias Oportunidades que estén afiliadas al Seguro Popular continúen con sus responsabilidades en Oportunidades, ya que pueden perfeccionar los dos programas sin perder sus apoyos.

"El Seguro Popular es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social".

Anexo 12. Registro de Asistencia en Anverso y Reverso.

FORMATO SMNG

REGISTRO DE ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD
 AÑO: _____

NOMBRE DEL TITULAR: _____
NO. DE FOLIO DE LA FAMILIA: _____
NOMBRE DEL NIÑO: _____
NO. DE FOLIO DEL NIÑO: _____

UNIDAD DE SALUD: _____ JURISDICCIÓN O REGIÓN: _____ MUNICIPIO: _____
 CLAVE (CLUES): _____ INSTITUCIÓN: _____ LOCALIDAD: _____
 TIPO DE UNIDAD: _____ ESTADO: _____ COLONIA: _____

MÉDICO O ENFERMERA: PARA EL CORRECTO LLENADO Y MANEJO DEL FORMATO SMNG, ES NECESARIO QUE LEA EL INSTRUCTIVO QUE ESTÁ AL REVERSO DE LA HOJA

Citas médicas adicionales

Edad	Fecha	Cumplió

Citas del niño (a) _____

Edad	Fecha	Cumplió
Al nacimiento		
A los 7 días		
A los 28 días		
A los 2 meses de edad		
A los 4 meses de edad		
A los 6 meses de edad		
A los 8 meses de edad		
A los 10 meses de edad		
A los 12 meses de edad		
A los 15 meses de edad		
A los 18 meses de edad		
A los 21 meses de edad		
A los 24 meses de edad		
A los 30 meses de edad		
A los 36 meses de edad		
A los 42 meses de edad		
A los 48 meses de edad		
A los 54 meses de edad		
A los 60 meses de edad		

Citas de los padres o tutores a los talleres comunitarios para el autocuidado de la salud

Tema	Fecha 1	Fecha 2	Cumplió
Seguro Médico para una Nueva Generación			
El Recién Nacido			
Menores de 1 año			
Menores de 5 años			
Enfermedades crónicas			
Infecciones respiratorias agudas			

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

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO SMNG
REGISTRO DE ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD:**

OBJETIVO

El objetivo del llenado del Registro de Asistencia a los Servicios de Salud formato SMNG es llevar un control de todos los servicios básicos de atención que se proporcionan a la población beneficiaria como lo son los menores de 5 años dividida en las diferentes etapas de su crecimiento, así como el cumplimiento de su corresponsabilidad a los talleres de autocuidado de la salud que se imparten a los padres o tutores de los menores de 5 años en la comunidad.

Responsable del llenado. Este formato lo debe llenar el médico, enfermera y/o promotor de salud de las Unidades de Salud que proporcionan la prestación del servicio.

Llenado de la forma. Para el llenado del Registro de Asistencia a los Servicios de Salud formato SMNG de preferencia será llenado con bolígrafo.

NOMBRE DEL TITULAR: Anotar el nombre del padre o tutor

N° DE FOLIO DE LA FAMILIA: Registrar el número de folio de la familia

NOMBRE DEL NIÑO: Anote el nombre (s) completo, Apellido Paterno y Apellido Materno del niño

N° DE FOLIO DEL NIÑO: Registrar el número de folio del niño

COLONIA: Registre la colonia del domicilio del niño

AGEB: Anotar el Área Geoespacial Básica del domicilio del niño

LOCALIDAD: Registrar la localidad del domicilio del niño

MUNICIPIO: Anotar el municipio de ubicación del domicilio del niño

ESTADO: Anotar la Entidad Federativa del domicilio del niño

UNIDAD DE SALUD: Anotar el nombre de la unidad de salud

JURISDICCIÓN O REGIÓN: Anotar el nombre y registro de la Jurisdicción a la que pertenece la Unidad de Salud

TIPO DE UNIDAD: Anotar si se trata de unidad Fija/Móvil/ Equipos Itinerantes

MUNICIPIO: Registrar el municipio a que pertenece la unidad de salud

CLAVE (CLJES) 11 DIGITOS: Escriba la Clave Única del Establecimiento de Salud

INSTITUCIÓN: Anotar el nombre de los Servicios Estatales de Salud de la entidad que se trata

ESTADO: Anotar la Entidad Federativa de la Unidad de salud

COLONIA: Anotar la Colonia de la Unidad de salud

I. REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE ASISTENCIA

CITAS MÉDICAS DEL NIÑO (A):

- **Citas Médicas Del Niño (a):** Anote el nombre (s) completo, Apellido Paterno y Apellido Materno
- **Fecha:** registre el día/mes/año del día que asistió a su cita médica programada de acuerdo a su grupo de edad.
- **Cumplió:** Anote SI /NO el cumplimiento de la asistencia a la cita médica programada en la unidad de salud.

CITAS MÉDICAS ADICIONALES

- **Edad:** Anote la edad del menor de años que acude a la cita médica adicional.
- **Fecha:** Registre el día/mes/año del día que asistió a su cita médica adicional.
- **Cumplió:** Anote SI /NO el cumplimiento de la asistencia a la cita médica adicional programada.

CITAS DE LOS PADRES O TUTORES A LOS TALLERES PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

- **Fecha 1:** registre el día/mes/año del taller a impartirse conforme a los temas indicados
- **Fecha 2:** registre el día/mes/año del taller a impartirse conforme a los temas indicados
- **Cumplió:** Anote SI / NO, el cumplimiento de la asistencia al taller programado de autocuidado de la salud

