

ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el Ejercicio Fiscal 2010.

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; 29, 30 y Anexo 18 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2010; y 6 y 7 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y

CONSIDERANDO

Que el Gobierno Federal, en concordancia con lo señalado en el Eje 3 Igualdad de Oportunidades del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de mayo de 2007, ha llevado a cabo acciones tendientes a evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico universal, tal como lo señala el Objetivo 7 del citado Plan Nacional de Desarrollo;

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, teniendo derecho a 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 en términos de lo dispuesto por 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, serán aquellos que se encuentren señalados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, tal es el caso del Seguro Médico para una Nueva Generación, y

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

ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2010

UNICO.- Se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación para el Ejercicio Fiscal 2010, a cargo de la Secretaría de Salud, de conformidad con lo siguiente:

REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2010**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 la transición epidemiológica 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 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.

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.

El objetivo del SMNG y del reforzamiento de las acciones de los otros programas dirigidos a la población beneficiaria menor de cinco años es asegurar las mejores condiciones posibles y las mayores oportunidades a una generación que 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. En ellos, se reconoce que nuestro sistema sanitario debe resolver las desigualdades persistentes en el acceso a los servicios médicos que son una de las principales causas por las que las personas más pobres tienen mayor riesgo de morir a edades más tempranas que el resto de la población. Para resolver estas inequidades, el Plan 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 podría existir una alta presencia de enfermedades infecto-contagiosas con 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 que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social nacidos a partir del 1º de diciembre de 2006.

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 niños 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:

- a) Ser mexicanos residentes en el territorio nacional;
- b) Haber nacido a partir del 1° de diciembre del 2006;
- c) No ser derechohabientes de la seguridad social o contar con algún otro mecanismo de previsión social en salud.

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 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. En caso de no proporcionar alguno de estos documentos, se efectuará por escrito la prevención necesaria, dentro de los 10 días 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 de Protección Social en Salud, y
 - Para llevar a cabo la afiliación del menor, se deberá entregar en el Módulo de Afiliación y Orientación 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, En caso de no proporcionar alguno de estos documentos, se efectuará por escrito la prevención necesaria, dentro de los 10 días 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 incisos anteriores, la autoridad correspondiente dará respuesta, respecto de su trámite de afiliación, en el momento en que se presenten los documentos que acrediten estar en los supuestos jurídicos para ser beneficiario del Seguro Médico para una Nueva Generación, 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 el Sistema establecidos en el artículo 77 bis7 de la Ley General de Salud y 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 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, Anexo 14.

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:

- a) Un paquete de acciones preventivas y de atención con línea de vida;
- b) Estudios de laboratorio y gabinete que permitan diagnósticos tempranos;
- c) Atención médica, medicamentos e insumos de salud para los padecimientos que afectan a menores de 5 años de acuerdo a la lista de intervenciones cubiertas por el SMNG descritas en el Anexo 1.

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

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

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

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

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 15.

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:

- a) Recibir todos los beneficios especificados en el numeral 3.5;
- b) 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;
- c) Recibir la Cartilla Nacional de Salud Niñas y niños de 0 a 9 años;
- d) Ser adscrito a una unidad médica del primer nivel de atención;
- e) Recibir los medicamentos e insumos para la salud necesarios para su atención completa y oportuna;
- f) Recibir atención médica en urgencias; y
- g) 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:

- a) 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;
- b) Recibir atención médica en urgencias;
- c) 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;
- d) Decidir libremente sobre su atención médica;
- e) Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos para el menor;
- f) Contar con facilidades para obtener una segunda opinión; y
- g) 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:

- a) 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;
- b) Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;
- c) Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;
- d) Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras del Sistema que, en su caso, le correspondan;
- e) Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;
- f) Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud;
- g) Hacer uso responsable de los servicios de salud;
- h) Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar;
- i) Informar en el MAO que le corresponda cuando adquiera la derechohabencia de alguna institución de seguridad social, a fin de darse de baja del SMNG; y
- j) 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:

- a) Dar cumplimiento a las conductas de promoción de la salud y a las acciones específicas para la detección y prevención de enfermedades;
- b) Asistir y participar en los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud dirigidos a padres y tutores sobre el cuidado del menor; la periodicidad de los talleres la determinarán los SESA conforme el comportamiento de la demanda y la disponibilidad de recursos. Cuadro 1
- c) 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;
- d) 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.

Cuadro 1
Frecuencia de revisiones de los menores de cinco años
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 conforme el comportamiento de la demanda y la disponibilidad de recursos.	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro Médico para una Nueva Generación • El recién nacido • El menor de un año • El menor de 5 años • Enfermedades diarreicas • Infecciones respiratorias agudas

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

- f) Sujetarse a las prescripciones y tratamientos médicos indicados;
- g) Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre los antecedentes, necesidades y problemas de salud; y
- h) 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, determina la normatividad para la instrumentación, operación, seguimiento y evaluación del SMNG.

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 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, así como de salud materna, infantil y adolescentes; 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 Innovación y Calidad, por conducto de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La Subsecretaría de Innovación y Calidad, 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 de Protección Social en Salud;

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 Innovación y Calidad, así como las Entidades Federativas, el IMSS, el ISSSTE y los prestadores de servicios no gubernamentales, estos tres últimos, conforme a los convenios que se señalan en el punto 9 del inciso d) del numeral 4.1 de las presentes Reglas de Operación del SMNG.

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.

a) A la Comisión le corresponde:

- Definir la política y formular los criterios de afiliación y promoción al SMNG;
- 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, los acuerdos en materia de prestación de servicios en localidades sin presencia de los SESA, con las instituciones de la seguridad social, instituciones de asistencia privada y otros prestadores privados;
 - 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 10 de las presentes Reglas de Operación) y "Registro de asistencia" (Anexo 11 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 Programa de Desarrollo Humano Oportunidades;
 - 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.
- b) 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 semiampliado:
 - En materia de vacunas:
 - o Definir los procedimientos y dosis de aplicación, distinguiendo los beneficiarios del SMNG;
 - o Establecer los procedimientos administrativos y operativos para su adquisición y distribución;
 - o Ejercer los recursos transferidos por la Comisión por este concepto; y
 - o Informar trimestralmente a la Comisión del ejercicio de los recursos transferidos.
 - En materia de tamiz auditivo:
 - o Definir las normas y procedimientos para el diagnóstico presuntivo y definitivo de hipoacusia neurosensorial severa y profunda;
 - o 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
 - o Ejercer los recursos transferidos por la Comisión por este concepto.
 - En materia de implantes cocleares:
 - o Definir la población, normas y procedimientos para el diagnóstico presuntivo y definitivo de hipoacusia neurosensorial severa y profunda;
 - o Establecer los procedimientos administrativos y operativos para su adquisición y distribución; e
 - o Informar trimestralmente a la Comisión del ejercicio de los recursos transferidos.

- En materia de fortalecimiento de la red fría:
 - o Definir los recursos necesarios para garantizar la integridad física de las vacunas que se destinan a los beneficiarios del SMNG;
 - o Establecer los procedimientos administrativos y operativos para su adquisición y distribución;
 - o Ejercer los recursos transferidos por la Comisión por este concepto; e
 - o Informar trimestralmente a la Comisión del ejercicio de los recursos transferidos.
 - En materia de tamiz metabólico semiabierto:
 - o Definir las normas y procedimientos para la detección, diagnóstico y confirmación de los defectos metabólicos (hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, galactosemia y fenilcetonuria);
 - o Establecer los procedimientos administrativos, metodológicos y operativos para la adquisición y distribución de insumos del tamiz neonatal (reactivos);
 - o Ejercer los recursos transferidos por la Comisión por este concepto;
 - o Definir la población normas y procedimientos para la detección de nuevos errores del metabolismo; e
 - o Informar trimestralmente a la Comisión del ejercicio de los recursos transferidos.
- c) A la Subsecretaría de Innovación y Calidad le corresponde:
- Dictaminar la acreditación de las unidades médicas participantes en el SMNG, y
 - Emitir recomendaciones a los SESA respecto a las unidades no acreditadas.
- d) Entidades Federativas.

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

- Realizar acciones de difusión del SMNG e identificar familias susceptibles de ser afiliadas;
- Afiliar familias que así lo soliciten al Sistema mediante el Módulo de afiliación y Orientación 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;
- 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 Seguro Médico para una Nueva Generación y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos;
- Proporcionar a los padres o tutores del niño, el formato de "Citas para la Familia" (Anexo 10 de las presentes Reglas de Operación), con su programación de citas y talleres comunitarios para el autocuidado de la salud del ejercicio 2010.
- 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;
- 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 las entidades federativas podrán suscribir convenios con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tanto en su régimen obligatorio como con el programa IMSS-Oportunidades, con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del

Estado (ISSSTE), y con otras instituciones públicas proveedoras de servicios del Sistema Nacional de Salud. Y en casos justificados por ausencia de algún otro proveedor del Sistema Nacional de Salud o por problemas de capacidad de atención, también se podrán suscribir convenios con prestadores de índole 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;

- 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 Cesiones (CIC-SS-PLA-P)" e "Informe Mensual de la Unidad Médica SIS-SS-CE-H", todos ellos contenidos en los anexos 10, 11, 12 y 13 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, y
- Emitir opinión respecto a las consultas realizadas por la Comisión, sobre la actualización de las Reglas de Operación.

e) 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 para tal fin suscritos con la Secretaría y los SESA.

4.2 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 2010 (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 7 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.

4.2.1 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 1° de diciembre del 2006 cuya familia se incorpore al Sistema en el 2010. 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.
- Dado que el monto establecido por este concepto obedece a una mayor concentración de riesgos para el Sistema, derivada de una mayor incorporación de familias con recién nacidos, los recursos por este concepto serán para apoyar el exceso de demanda de los servicios de salud del CAUSES del Sistema. Por esta razón, los recursos que los SESA reciban deberán ser ejercidos conforme a los criterios de gasto establecidos para los recursos transferidos por el Sistema para la prestación de los servicios del CAUSES, como se establece en el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema, suscrito por la Secretaría con cada una de las entidades federativas a que hace mención el artículo 40 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 trimestralmente, de acuerdo a la afiliación reportada por los Regímenes Estatales del trimestre correspondiente, la cual será validada por la Dirección General de Afiliación y Operación de la Comisión, quien a su vez notificará a la Dirección General de Financiamiento de la Comisión para que se realice la transferencia de los recursos a las entidades federativas.

4.2.2 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. 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 efecto de cubrir las intervenciones a que se refiere el Anexo 1 de las presentes Reglas, se estará a lo siguiente:
 - o 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;
 - o 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, de acuerdo a la aplicación de éstos y al registro correspondiente.
- 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 6 que tenga la institución que haya realizado la intervención para esa misma intervención. No se cubrirán las acciones e intervenciones listadas en el Anexo 2 de estas Reglas. En función de la frecuencia de intervenciones no cubiertas por el SMNG, la disponibilidad presupuestal y la conveniencia de incluirlas en el SMNG, la Comisión deberá establecer los mecanismos necesarios que permitan definir las tarifas de las nuevas intervenciones a partir de los costos promedio a nivel nacional de su otorgamiento. Estos costos promedio deberán obtenerse mediante la agrupación de los servicios en conglomerados homogéneos que faciliten su registro y control, además de propiciar el logro de estándares de eficiencia predeterminados, entre los SESA participantes.

Los nuevos listados de intervenciones cubiertas por el SMNG y los tabuladores respectivos deberán ser publicados en el Diario Oficial de la Federación.

- Adicionalmente, se podrán cubrir las intervenciones realizadas a los beneficiarios del SMNG durante el ejercicio fiscal 2009, no incluidas en el CAUSES o en el FPGC, que sean notificadas antes del 31 de enero de 2010 a la Comisión.
- 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) una intervención con recursos del SMNG y del FPGC.

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 y cuando esto ocurra en el periodo de vigencia de estas Reglas de Operación. En ambos casos, los beneficiarios no deberán haber cubierto ninguna cuota de recuperación. Las entidades federativas, a través de los Regímenes Estatales, verificarán que los recursos transferidos sean aplicados para el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud a los beneficiarios del SMNG, así como de las unidades médicas para la acreditación a que se refiere la regla 4.5.11.
- 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 este un hospital descentralizado, un hospital civil o un instituto nacional de salud, la Comisión establecerá los convenios correspondientes, en los cuales quedará explícita la obligación de estas instituciones, de informar a los Regímenes Estatales los casos que han atendido y que han puesto en conocimiento de la Comisión para su reembolso.
- El registro de los casos se hará a través del Sistema del Seguro Médico para una nueva Generación, y 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 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 será determinado por el director de la unidad médica y los Regímenes Estatales (su director o el funcionario que él designe) serán responsables de validar y enviar esta información.
- La Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la Comisión (DGGSS) revisará los casos, verificando que contengan la información requerida y que permita su validación y su correcta clasificación de acuerdo al tabulador; de proceder, autorizará los casos para pago y la clave del tabulador que les corresponda; creará una base de datos por entidad federativa y patología; y, enviará un informe de los casos en que proceda el reembolso, a la Dirección General de Financiamiento de la Comisión para que ésta a su vez realice la transferencia de recursos a los Regímenes Estatales u otros prestadores de servicios.
- En el caso de que la intervención haya sido realizada por alguna unidad médica dependiente de los SESA, el reembolso será cubierto al Régimen Estatal o a quien corresponda de acuerdo a la estructura administrativa de cada entidad en los mismos términos en que se realizan las transferencias federales del Sistema. En el caso de que la intervención haya sido realizada por un prestador distinto a los SESA, el pago se hará directamente por la Comisión al prestador del servicio. En este último caso, el prestador deberá expedir un recibo institucional de la transferencia del recurso en donde se especifique el Banco, los datos de la cuenta bancaria con la Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), la cantidad a pagar y los casos a cubrir.
- Las unidades médicas deberán mantener en el expediente, todos los documentos clínicos 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 validación no sea proporcionada; los casos en que la calidad de la información recibida no permita su adecuada validación; y, cuando durante el proceso de validación, se determine la improcedencia del reembolso. La DGGSS informará a los Regímenes Estatales u otros prestadores de servicios los casos en los cuales no haya procedido el pago.
- Para el pago de intervenciones del SMNG realizadas durante el 2009, se seguirá el mismo procedimiento descrito, debiendo presentar los Regímenes Estatales la totalidad de la información correspondiente antes del 31 de enero del 2010.

4.2.3 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 nivel 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 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 hasta que se encuentre en condiciones adecuadas para su traslado. Estas intervenciones serán pagadas por evento, conforme a las cuotas de recuperación establecidas en los convenios firmados para la prestación de servicios, debiendo contar con la autorización por escrito del Régimen Estatal correspondiente.
- Se cubrirá a la institución prestadora del servicio con recursos del SMNG, y de acuerdo a lo establecido en el modelo de convenio de colaboración (Anexo 7 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:
 - o Las condiciones para la prestación, las cuotas y la mecánica de pago serán las establecidas en los Convenios de Colaboración Interinstitucional para la Ejecución de Acciones relativas al Seguro Universal de Salud para Niños, suscritos ambos por el C. Secretario de Salud y los Directores Generales del IMSS y del ISSSTE, respectivamente, el 2 de febrero de 2007, incluyendo los convenios modificatorios respectivos celebrados en su caso, así como en los convenios específicos que se firmen entre estas instituciones, según sea el caso, a través de sus delegaciones, los SESA y la Comisión.
 - o Conforme a lo establecido en estos Convenios, por la prestación de los servicios médicos de primer nivel a los niños beneficiarios del SMNG, la Secretaría, a través de la Comisión, pagará a las instituciones una tarifa fija anual conforme a la edad del niño. Estos servicios incluirán las intervenciones de este nivel de atención señaladas explícitamente en los convenios firmados.
 - o 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.
 - o 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.
 - o 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:
 - o 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.
 - o Estos convenios estarán disponibles en la página de Internet de la Comisión.

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

4.2.4 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 2010, se podrán transferir recursos del SMNG para la adquisición de vacunas de neumococo conjugada, 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 trimestralmente a la Comisión lo siguiente:
 - Estrategia y programa de aplicación de las vacunas;
 - Estado del ejercicio de los recursos transferidos;
 - Resultado del proceso de adjudicación y costos, y
 - Distribución por entidad federativa.

4.2.5 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, mas 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 trimestralmente a la Comisión lo siguiente:

- Estrategia y programa de asignación de los recursos;
- Estado del ejercicio de los recursos transferidos;
- Resultado del proceso de adjudicación y costos;
- Distribución por entidad federativa;
- Relación de hospitales con equipo transferido, y
- Los SESA, a través de los Regímenes Estatales, informarán semestralmente a la Comisión sobre el número total de pruebas realizadas, en correspondencia con la población beneficiaria del SMNG, de acuerdo con los formatos que establezca la Comisión.

4.2.6 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 trimestralmente a la Comisión lo siguiente:
 - Relación nominal de pacientes beneficiados, y
 - Estado del ejercicio de los recursos transferidos.

4.2.7 Apoyo económico para efectuar la capacitación y contratación de personal de salud 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:
 - a) Diseñar e implementar estrategias de capacitación focalizada en la impartición de los Talleres 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. La capacitación deberá ser ejecutada por los Servicios Estatales de Salud a través de las áreas de Promoción de la Salud. Estas capacitaciones deberán realizarse al menos dos veces al año;
 - b) Evaluar el proceso de capacitación del personal; materiales didácticos de la estrategia de Talleres Comunitarios, así como el impacto y beneficio en la población;
 - c) Contratar prestadores de servicios, en su caso, para que realicen acciones de prevención y promoción a la salud a través de los Talleres Comunitarios principalmente;
 - d) Garantizar la provisión de insumos y materiales de apoyo para el desarrollo de los Talleres;
 - e) Sustituir, actualizar, reproducir y distribuir los materiales requeridos para la capacitación y Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la salud, en caso de requerirse, y
 - f) Adquirir, en su caso, materiales para el registro de información asistencia a los Talleres, 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 de la Comisión.

- La Comisión definirá los criterios específicos para el otorgamiento y aplicación de los recursos a las entidades federativas, para la ejecución 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 Nacional de Protección Social en Salud en coordinación con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

4.2.8 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 establecer los procedimientos administrativos y operativos necesarios para su adquisición, distribución y aplicación, con apego a las disposiciones normativas aplicables, e informará trimestralmente a la Comisión lo siguiente:
- Estrategia y programa de aplicación de los recursos;
- Estado del ejercicio de los recursos transferidos;
- Resultado del proceso de adjudicación y costos, y
- Distribución por entidad federativa.

4.2.9 Apoyo económico para el Tamiz metabólico semiampliado.

Características.

- Para el tamiz metabólico semiampliado con recurso 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 semiampliado 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 semiampliado, 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 trimestralmente 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.

4.3 De los recursos no devengados.

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

4.4 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, Geografía e Informática (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 publicado de acuerdo a lo previsto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

4.5 Prestación de servicios.

4.5.1 Organización de los servicios.

Los SESA, a través de los Regímenes Estatales, deberán cumplir con las responsabilidades descritas en el numeral 4.1. Responsabilidades de los entes ejecutores inciso d) Entidades federativas 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.

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

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

4.5.2 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.

4.5.3 Criterios para la atención médica de la población beneficiaria.

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

A través de la cita programada el beneficiario deberá asistir a su programa de visitas médicas preventivas de acuerdo a lo establecido en 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, en el día y el horario definido para los servicios de consulta externa, preferentemente mediante cita previa, o bien en el área de urgencias de la unidad de primera referencia del segundo nivel de atención.

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

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

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

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

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

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

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

Cuando el médico responsable de la atención del niño y de la familia o médico familiar requiera una interconsulta con un especialista para la evaluación de su paciente, debe solicitarlo con el Formato de Referencia que se menciona en el Anexo 8 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.

4.5.4 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 de la persona que recibe el servicio.

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

4.5.5 Suministro de medicamentos.

El médico tendrá a su disposición un cuadro básico de medicamentos y proporcionará al paciente una receta con el fondo y la forma que se haya dispuesto oficialmente. El beneficiario deberá acudir a la farmacia de la unidad de salud o a la farmacia convenida, con la receta correspondiente. Contra dicha receta se le entregarán al paciente los medicamentos señalados en la misma conforme a lo establecido en el numeral 4.1 Responsabilidades de los entes ejecutores inciso d) Entidades Federativas, 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.

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

4.5.7 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 explícito y en el catálogo del SMNG.

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

4.5.8 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.

4.5.9 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 calidad de afiliado al SMNG que tiene el paciente y se incluirá el número de afiliación que le corresponda.

La información contenida en el expediente clínico de los beneficiarios del SMNG tendrá el carácter de confidencial y reservado de acuerdo a la normatividad aplicable. Los padres o tutores de los niños beneficiarios del SMNG tendrán el derecho a 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.

4.5.10 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 Responsabilidades de los entes ejecutores, inciso d) Entidades Federativas.

4.5.11 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 4.2.2 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, red de frío, tamiz metabólico semiabierto a que hacen referencia los apartados 4.2.4, 4.2.5, 4.2.6, 4.2.8 y 4.2.9 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 Presupuesto de Egresos de la Federación 2010, en la Ley 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:

i) 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 trimestralmente 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 a 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 de Salud del Gobierno Federal y, en su caso por la SHCP y/o los órganos fiscalizadores competentes, así como la información adicional que estas últimas le requieran.

Dado que los recursos transferidos por pago de las intervenciones del SMNG señalados en la regla 4.2.2 corresponden a eventos terminados, la unidad médica aplicará tales recursos en las partidas utilizadas para la provisión de los servicios.

ii) La entidad federativa a través de la Secretaría de Finanzas de la misma 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 30 días naturales después de recibidos 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.

Para el caso de que no sean remitidos los recibos a que se refiere el presente inciso, se suspenderá la transferencia de recursos a la entidad federativa de acuerdo a lo establecido en el numeral 6 de estas mismas Reglas.

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

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 4.2.1 y 4.2.2 de estas Reglas, en los siguientes casos:

- a) Cuando las entidades federativas no entreguen, en tiempo y forma, la documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos como se establece en el numeral 5.2 de estas Reglas;
- b) 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 4.5.5 de estas Reglas;
- c) Cuando se detecte que los beneficiarios no cuentan con un expediente clínico o éste no cumple con los requisitos establecidos en el numeral 4.5.9 de estas Reglas;
- d) Cuando no se cumpla en el trimestre de referencia, al menos con el 75 por ciento de la meta de afiliación al SMNG de familias nuevas, así como de la meta de altas de recién nacidos en familias previamente afiliadas al Sistema, conforme a las metas establecidas en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema, suscrito con cada entidad federativa;
- e) Cuando se determinen inconsistencias de información en los registros de familias con beneficiarios del SMNG que integran las bases de datos del Padrón Nacional de Beneficiarios que remitan los Regímenes Estatales a la Comisión, en un porcentaje mayor al 15 por ciento en relación al total de registros vigentes, para cada trimestre de referencia, y
- f) 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 perentorio para su corrección y advirtiendo que vencido éste se procederá a lo conducente. De no corregirse la situación, la Dirección General de Financiamiento, a petición de las Direcciones Generales de la Comisión, según sea la causal, procederá a la suspensión o cancelación de los apoyos y notificará por escrito a la entidad federativa sobre la decisión tomada.

En el caso de que no se corrijan satisfactoriamente los registros en los que se hayan detectado inconsistencias a las que se refiere el inciso e) 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 f) 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 4.2.1, y en su caso, a los que se refiere el 4.2.2 de estas Reglas, o bien la Comisión podrá descontar estos montos de transferencias futuras de recursos con cargo al SMNG.

Asimismo, en el caso de las intervenciones cubiertas por reembolso, descritas en el punto 4.2.2 de estas Reglas, la Comisión podrá exigir la restitución de los recursos transferidos por las intervenciones que hayan sido detectadas como irregulares a través de una auditoría médica, una visita de supervisión o una revisión aleatoria, en las que se detecte que tales intervenciones no fueron realizadas o existen alteraciones en el expediente médico, la nota de seguimiento de la salud del paciente o en el alta del mismo. Esta restitución podrá ser mediante el reintegro a la Comisión del monto correspondiente o bien mediante el descuento del monto de los subsecuentes envíos de recursos.

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 Programa 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 que no sean derechohabientes de alguna institución de 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 cápitras 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) - 1) X 100	Porcentaje	Trimestral

7.3 Control y auditoría.

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

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

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.

Las entidades federativas 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 29 y 30 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:

a) Por escrito: Libremente o a través de los formatos establecidos para tal fin, procurando que se proporcione la información indispensable para dar el curso legal respectivo a cada caso, como es el nombre y firma del peticionario, denunciante o quejoso, domicilio, localidad, municipio, entidad federativa, relación sucinta de hechos, fecha, nombre de la persona o servidor público contra quien vaya dirigida la inconformidad y la institución a la que pertenezca o, en su caso, del prestador de servicio. La población podrá presentar sus quejas, denuncias, peticiones y reconocimientos a través de los siguientes medios e instancias:

- Personalmente o en los buzones que se encuentren instalados en los MAO del Sistema;
- Personalmente ante las oficinas del Organismo Estatal de Control o ante la Contraloría Interna de la institución de adscripción del servidor público denunciado o responsable de proporcionar el beneficio o ante la contraloría Interna de la Secretaría;
- Personalmente ante las oficinas de la Comisión; y
- Personalmente ante las oficinas de los Regímenes Estatales.

b) Por teléfono, 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;
- 2000-3000 para el DF y área metropolitana y 01-800-38-624-66 del interior de la República, de Sactel; y
- A los de los sistemas de atención que operen en cada entidad federativa bajo la dirección de cada Organismo Estatal de Control.

c) Por medios electrónicos, a través de:

- El buzón electrónico Contacto a través de la página de Internet de la Comisión: www.seguro-popular.gob.mx; en el ícono de contacto.
- Correo electrónico de Sactel: sactel@funcionpublica.gob.mx.

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

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

12. Glosario.

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
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, Geografía e Informática
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 2010, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de diciembre de 2009.
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 Innovación y Calidad.

13. Anexos.

Estas Reglas de Operación complementan los siguientes anexos:

- Anexo 1.** Listado de intervenciones médicas cubiertas por el SMNG y sus tabuladores correspondientes;
- Anexo 2.** Concepto de gastos no cubiertos por el SMNG;
- Anexo 3.** Intervenciones cubiertas por el CAUSES del Sistema para menores de 5 años, en el primer y segundo niveles de atención;
- Anexo 4.** Intervenciones cubiertas por el FPGC del Sistema para menores de 5 años;
- Anexo 5.** Formato de Comprobación por Partida de Gasto CNPSS-SMNG-001;
- Anexo 6.** Formato Declaratoria de Caso;
- Anexo 7.** Modelos de convenio de colaboración e instrumento específico para la transferencia de recursos federales.
- Anexo 8.** Formato de referencia.
- Anexo 9.** Procedimiento de afiliación al Seguro Médico para una Nueva Generación.
- Anexo 10.** Citas para la familia en Anverso y Reverso.
- Anexo 11.** Registro de asistencia en Anverso y Reverso.
- Anexo 12.** Control Interno de Sesiones (CIC-SS-PLA-P)
- Anexo 13.** Informe Mensual de la Unidad Médica SIS-SS-CE-H.
- Anexo 14** 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.
- Anexo 15** 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 diez.

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

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

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

CUARTO. Las tarifas e importes a los que se hacen referencia en la numeral 4.2.3. se harán públicos en la página de Internet de la Comisión, a más tardar 10 días hábiles posteriores a la fecha en que hayan sido suscritos los convenios con el IMSS e ISSSTE para el ejercicio fiscal 2010.

QUINTO. 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 nueve.- El Secretario de Salud, **José Angel Córdova Villalobos**.- Rúbrica.

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

Núm	Grupo	Enfermedad	Clave CIE-10	Tabulador
1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Tuberculosis del Sistema Nervioso	A17	\$34,502
2		Tuberculosis Miliar	A19	\$33,604
3		Listeriosis	A32	\$22,322
4		Tétanos neonatal	A33.X	\$53,614
5		Septicemia no especificada (incluye choque séptico)	A41.9	\$40,194
6		Sífilis congénita	A50	\$10,721
7		Encefalitis viral, no especificada	A86	\$34,502
8		Enfermedad debida a virus citomegálico	B25	\$19,728
9		Toxoplasmosis	B58	\$23,501
10	Tumores	Tumor benigno de las glándulas salivales mayores (Ránula)	D11	\$26,576
11		Tumor benigno del mediastino	D15.2	\$65,974
12		Hemangioma de cualquier sitio	D18.0	\$36,516
13		Tumor benigno de la piel del labio	D23.0	\$16,319
14		Tumor benigno del ojo y sus anexos	D31	\$33,357
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	\$35,923
17		Inmunodeficiencia con predominio de defectos de los anticuerpos	D80	Pago por facturación
18	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Intolerancia a la lactosa	E73	\$20,062
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	\$27,005
22		Síndrome de Guillain-Barré	G61.0	\$29,139
23	Enfermedades del ojo	Retinopatía de la prematuridad	H35.1	\$33,836
24	Enfermedades del oído	Hipoacusia neurosensorial bilateral severa y profunda (Prótesis auditiva externa y sesiones de rehabilitación auditiva verbal)	H90.3	\$30,800
25		Implantación prótesis cóclea, rehabilitación postquirúrgica y sesiones de rehabilitación auditiva verbal hasta por cinco años.	20.96 a 20.98 (CIE9 mc)	\$102,913

26	Enfermedades del sistema circulatorio	Miocarditis aguda	I40	\$64,495
27		Fibroelastosis endocárdica	I42.4	\$22,939
28		Insuficiencia cardíaca	I50	\$29,709
29	Enfermedades del sistema respiratorio	Neumonía por Influenza por virus identificado	J10.0	\$16,543
30		Neumonía por Influenza por virus no identificado	J11.0	\$16,543
31		Pneumotórax	J86	\$32,810
32		Derrame pleural no clasificado en otra parte	J90.X	\$35,408
33		Derrame pleural en afecciones clasificadas en otra parte	J91.X	\$25,415
34		Neumotórax	J93	\$24,847
35		Parálisis del diafragma	J98.6	\$25,828
36		Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes	K00
37	Estomatitis y lesiones afines		K12	\$12,469
38	Otras obstrucciones intestinales		K56.4	\$30,774
39	Constipación		K59.0	\$11,944
40	Enfermedades de la piel	Síndrome estafilocócico de la piel escaldada (Síndrome de Ritter)	L00.X	\$22,942
41		Quiste epidérmico	L72.0	\$7,269
42	Enfermedades del sistema osteomuscular	Artritis piógena	M00	\$39,851
43		Artritis juvenil	M08	Pago por facturación
44		Poliarteritis nodosa y afecciones relacionadas	M30	Pago por facturación
45		Fascitis necrotizante	M72.6	\$43,656
46	Enfermedades del sistema genitourinario	Síndrome nefrítico agudo	N00	\$23,928
47		Síndrome nefrítico, anomalía glomerular mínima	N04.0	\$23,928
48		Uropatía obstructiva y por reflujo	N13	\$39,632
49		Insuficiencia renal aguda	N17	\$33,880
50		Insuficiencia renal terminal	N18.0	Pago por facturación
51		Divertículo de la vejiga	N32.3	\$38,305
52		Hidrocele y espermatocoele	N43	\$16,739
53		Torsión del testículo	N44.X	\$18,263
54		Orquitis y epididimitis	N45	\$17,514
55		Fístula vesicovaginal	N82.0	\$39,913

56	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	P00.0	\$50,951
57		Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de membranas	P01.1	\$17,840
58		Feto y recién nacido afectados por drogadicción materna	P04.4	\$50,951
59		Retardo en el crecimiento fetal y desnutrición fetal	P05	\$50,285
60		Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer	P08	\$17,840
61		Hemorragia y laceración intracraneal debidas a traumatismo del nacimiento	P10	\$82,672
62		Otros traumatismos del nacimiento en el sistema nervioso central	P11	\$81,714
63		Traumatismo del nacimiento en el cuero cabelludo /(incluye cefalohematoma)	P12	\$13,831
64		Traumatismo del esqueleto durante el nacimiento	P13	\$34,702
65		Traumatismo del sistema nervioso periférico durante el nacimiento	P14	\$25,905
66		Otros traumatismos del nacimiento	P15	\$29,872
67		Hipoxia intrauterina	P20	\$28,134
68		Asfixia al nacimiento	P21	\$28,757
69		Taquipnea transitoria del recién nacido	P22.1	\$17,840
70		Síndromes de aspiración neonatal	P24	\$26,968
71		Neumomediastino originado en el periodo perinatal	P25.2	\$35,002
72		Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26	\$35,002
73		Displasia broncopulmonar originada en el periodo perinatal	P27.1	\$35,791
74		Otras apneas del recién nacido	P28.4	\$28,757
75		Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve	P38.X	\$23,561
76		Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido	P52	\$53,602
77		Enfermedad hemorrágica del feto y del recién nacido	P53.X	\$25,607
78		Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	P55	\$25,045
79		Hidropesía fetal debida a enfermedad hemolítica	P56	\$26,239

80		Ictericia neonatal debida a otras hemólisis excesivas	P58	\$24,202
81		Ictericia neonatal por otras causas y las no especificadas	P59	\$15,392
82		Coagulación intravascular diseminada en el feto y el recién nacido	P60.X	\$44,559
83		Policitemia neonatal	P61.1	\$20,293
84		Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido	P70	\$20,346
85		Trastornos neonatales transitorios del metabolismo del calcio y del magnesio	P71	\$20,112
86		Alteraciones del equilibrio del sodio en el recién nacido	P74.2	\$20,112
87		Alteraciones del equilibrio del potasio en el recién nacido	P74.3	\$20,112
88		Síndrome del tapón de meconio	P76.0	\$30,774
89		Otras peritonitis neonatales	P78.1	\$50,044
90		Enterocolitis necrotizante	P77	\$72,503
91		Convulsiones del recién nacido	P90.X	\$23,826
92		Depresión cerebral neonatal	P91.4	\$35,985
93		Encefalopatía hipóxica isquémica	P91.6	\$28,757
94	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Anencefalia	Q00.0	\$13,479
95		Encefalocele	Q01	\$32,387
96		Estenosis y estrechez congénitas del conducto lagrimal	Q10.5	\$14,107
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	\$17,615
98		Seno, fístula o quiste de la hendidura branquial	Q18.0	\$16,919
99		Malformaciones congénitas de la nariz	Q30	\$16,280
100		Malformación congénita de la laringe (Incluye laringomalacia congénita)	Q31	\$13,664
101		Malformaciones congénitas de la tráquea y de los bronquios	Q32	\$30,492
102		Malformaciones congénitas del pulmón	Q33	\$31,124
103		Otras malformaciones congénitas del intestino (Incluye divertículo de Meckel, Enfermedad de Hirschsprung y malrotación intestinal)	Q43	\$56,446

104		Malformaciones congénitas de vesícula biliar, conductos biliares e hígado (Incluye atresia de conductos biliares y quiste de colédoco)	Q44	\$66,301
105		Páncreas anular	Q45.1	\$36,605
106		Síndrome de Potter	Q60.6	\$46,815
107		Duplicación del uréter	Q62.5	\$29,803
108		Riñón supernumerario	Q63.0	\$35,639
109		Riñón ectópico	Q63.2	\$35,078
110		Malformación del uraco	Q64.4	\$33,842
111		Ausencia congénita de la vejiga y de la uretra	Q64.5	\$52,255
112		Polidactilia	Q69	\$56,753
113		Sindactilia	Q70	\$23,086
114		Craneosinostosis	Q75.0	\$120,575
115		Hernia diafragmática congénita	Q79.0	\$63,919
116		Ictiosis congénita	Q80	\$19,809
117		Epidermólisis bullosa	Q81	\$19,984
118		Nevo no neoplásico, congénito	Q82.5	\$18,927
119		Anormalidades cromosómicas (Diagnóstico)	Q90 – Q99	\$26,446
120	Síntomas y signos generales	Choque hipovolémico	R57.1	\$37,635
121	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	Traumatismo superficial del cuero cabelludo	S00.0	\$1,458
122		Traumatismo intracraneal con coma prolongado	S06.7	\$200,091
123		Herida del cuero cabelludo	S010	\$2,916
124		Avulsión del cuero cabelludo	S080	\$34,105
125		Herida del tórax	S21	\$20,818
126	Quemaduras y corrosiones	Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo	T203,T213, T223,T233, T243,T253, T293,T303	\$93,159
127	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	Efectos adversos de drogas de afectan primariamente el sistema nervioso autónomo	Y51	\$15,940
128		Efectos adversos de vacunas bacterianas	Y58	\$16,356

Anexo 2. Conceptos de gasto no cubiertos por el SMNG

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

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

No. CAUSES	Conglomerado	Intervenciones	CIE	Clave
1	I Salud pública.	Vacuna BCG	CIE 9 MC	99.33
2		Vacuna antihepatitis B	CIE 9 MC	99.41
3		Vacuna pentavalente acelular DPaT+Hib+IPV	CIE 9 MC	99.391
4		Vacuna triple viral SRP	CIE 9 MC	99.48
5		Vacuna contra rotavirus	CIE 9 MC	99.5
6		Vacuna anti-influenza	CIE 9 MC	99.52
7		Vacuna DPT	CIE 9 MC	99.392
8		Vacuna antipoliomielítica oral trivalente tipo Sabin	CIE 9 MC	99.41
9		Acciones preventivas para recién nacido	CIE 10	Z10
10		Acciones preventivas para menores de 5 años	CIE 10	Z10

26	II Consulta de medicina general/familiar y de especialidad. * Consulta general/familiar	Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropiva	CIE 10	D50
27		Diagnóstico y tratamiento de deficiencia de vitamina A	CIE 10	E50
28		Diagnóstico y tratamiento de rubéola	CIE 10	B06.9
29		Diagnóstico y tratamiento de sarampión	CIE 10	B05.9
30		Diagnóstico y tratamiento de varicela	CIE 10	B01.9
31		Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda	CIE 10	J02, J03
32		Diagnóstico y tratamiento de tos ferina	CIE 10	A37
33		Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa	CIE 10	H65
34		Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda (resfriado común)	CIE 10	J00
35		Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis	CIE 10	H10
36		Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica	CIE 10	J30
37		Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico	CIE 10	A90
38		Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de diarrea aguda	CIE 10	A09
42		Diagnóstico y tratamiento de candidiasis	CIE 10	B37
44		Diagnóstico y tratamiento de infecciones por Chlamydia - incluye tracoma -	CIE 10	A74
46		Diagnóstico y tratamiento de sífilis	CIE 10	A50
48		Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda	CIE 10	N76.0
49		Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda	CIE 10	N76.1
50		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amebiasis intestinal	CIE 10	A06
52		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis	CIE 10	B77
53		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis	CIE 10	B80
58		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis	CIE 10	A71
59		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis	CIE 10	B68
60		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis	CIE 10	B79
62		Diagnóstico y tratamiento de escabiasis	CIE 10	B86
63		Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis	CIE 10	B85

64		Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales	CIE 10	B35, B36
66		Diagnóstico y tratamiento de celulitis infecciosa	CIE 10	A46, L03
67		Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto	CIE 10	L23
68		Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica	CIE 10	L20
70		Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal	CIE 10	L22
72		Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica	CIE 10	L21
75		Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A	CIE 10	B15.9
82		Otras atenciones de medicina general	CIE 10	R68
87		Diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención (TDAH)	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 laringotraqueitis agudas	CIE 10	J04
102	* Consulta de especialidad	Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa	CIE 10	H65
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, 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	E03.0, E03.1
121		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia	CIE 10	G40
123		Diagnóstico y tratamiento de luxación congénita de cadera	CIE 11	Q65.0 a Q65.6

126	III Odontología	Prevención de caries y enfermedad periodontal	CIE 10	K03, K05, Z01.2
127		Sellado de fasetas y fisuras dentales	CIE 10	K02.0, K02.3
128		Eliminación de caries y restauración de piezas dentales con amalgama, resina o ionómero de vidrio	CIE 10	K02
130		Extracción de piezas dentarias, incluye restos radiculares y erupcionados	CIE 10	K02
142	IV Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por salicilatos	CIE 10	T39
147		Diagnóstico y tratamiento del alacranismo	CIE 10	T63.2
148		Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, arañas y otros artrópodos	CIE 10	T63.3, T63.4
150		Extracción de cuerpos extraños	CIE 10	T15 a T19
151		Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas)	CIE 10	S01, S11, S21, S31, S41, S51, S61, S71, S81, S91
152		Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve (<i>Glasgow 14-15</i>)	CIE 10	S00.9
153		Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado	CIE 10	L55, T20.1, T21.1, T22.1, T23.1, T24.1, T25.1, T29.1, T30.1
160	V Hospitalización	Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis	CIE 10	N10
161		Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis	CIE 10	J21
163		Diagnóstico y tratamiento de meningitis	CIE 10	G00, G03
165		Diagnóstico y tratamiento de osteomielitis	CIE 10	M86
166		Diagnóstico y tratamiento de neumonía en niños	CIE 10	J13, J14, J18
175		Atención del recién nacido normal	CIE 10	Z37.0
176		Ictericia neonatal	CIE 10	P58
177		Diagnóstico y tratamiento del prematuro sin complicaciones	CIE 10	P07.3
178		Diagnóstico y tratamiento del prematuro con hipotermia	CIE 10	P07.3
179		Diagnóstico y tratamiento del recién nacido con bajo peso al nacer	CIE 10	P07.1
189		Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico moderado (<i>Glasgow 9-13</i>)	CIE 10	S06
191		Manejo hospitalario de crisis convulsivas	CIE 10	R56, G41
196		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
197		Diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva	CIE 9 MC	578

198	VI Cirugía	Laparotomía exploradora	CIE 9 MC	54.11
199		Apendicectomía	CIE 10	K35
203		Diagnóstico y tratamiento de obstrucción intestinal	CIE 10	K56
204		Diagnóstico y tratamiento de perforación gástrica e intestinal	CIE 10	K63.1
209		Tratamiento quirúrgico de hernia hiatal	CIE 10	K44
210		Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hipertrofia congénita de píloro	CIE 10	Q40.0
212		Hernioplastía inguinal	CIE 10	K40
213		Hernioplastía umbilical	CIE 10	K42
234		Circuncisión	CIE 10	N47
235		Orquidopexia	CIE 9 MC	6.25
240		Amigdalectomía con o sin adenoidectomía	CIE 10	J35, J36
242		Palatoplastía	CIE 9 MC	27.6
243		Reparación de labio hendido	CIE 9 MC	27.6
244		Cirugía de acortamiento muscular para estrabismo	CIE 9 MC	15.21
245		Cirugía de alargamiento muscular para estrabismo	CIE 9 MC	15.21
246		Tratamiento quirúrgico de glaucoma	CIE 10	H40
248		Diagnóstico y tratamiento de hidrocefalia	CIE 10	G91
249		Colocación y retiro de diversos catéteres	CIE 9 MC	34.04, 38.91, 38.92, 38.93, 38.95, 59.8
251		Toracotomía, pleurotomía y drenaje de tórax	CIE 9 MC	34.01 a 34.05, 34.09
252		Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de cadera	CIE 10	Q65
253		Tratamiento quirúrgico del pie equino en niños	CIE 10	Q66.0
255		Reducción quirúrgica por luxaciones	CIE 10	S43.0, S53.1, S63.0, S63.1, S83.1, S93.0, S93.1
256		Reducción quirúrgica de fractura de clavícula	CIE 10	S42.0
257		Reducción quirúrgica de fractura de húmero (incluye material de osteosíntesis)	CIE 10	S42.2, S42.4, S43.2,
258		Reducción quirúrgica de fractura de cúbito y radio (incluye material de osteosíntesis)	CIE 10	S52
261		Diagnóstico y tratamiento de fracturas de fémur (incluye material de osteosíntesis)	CIE 10	S72

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

FONDO DE PROTECCION CONTRA GASTOS CATASTROFICOS			
No.	Categoría	Enfermedad	CIE 10
1	Diagnóstico y tratamiento de cáncer (niños)	Leucemia aguda linfoblástica	C91.0
2		Leucemia aguda mieloblástica	C92.0
3		Leucemias crónicas	C92.1, C92.7, Q93
4		Síndromes mielodisplásicos	D46
5		Enfermedad de Hodgkin	C81.0, C81.9
6		Linfoma no Hodgkin	C82, C83, C85
7		Histiocitosis	D76
8		Tumor maligno del cerebelo (Meduloblastoma)	C71.6
9		Tumor maligno del encéfalo (Astrocitoma Diferenciado, 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			
20		Tumor maligno del riñón (Tumor de Wilms)	C64
21			
	Tumores malignos del riñón (No Wilms)	C64	

22		Tumores de células germinales	M906 a M909
		Otros tumores de baja frecuencia	
23	Cuidados intensivos neonatales	Prematurez	P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.3
24		Insuficiencia respiratoria del recién nacido	P22, P23, P28
25		Sepsis neonatal	P35 a P37
26		Atresia esofágica	Q39.0 a Q39.3
27		Atresia/estenosis duodenal	Q41
28		Atresia intestinal	Q41.1, Q41.2, Q41.8, Q41.9
29		Atresia anal	Q42.0 a Q42.3
30		Onfalocele	Q79.2
31		Gastrosquisis	Q79.3
32		Cardiopatías congénitas	Q20 a Q28
33		VIH/SIDA	VIH Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
34	Trasplantes	Trasplante de médula ósea	41.04 - 41.07
35	Rehabilitación de largo plazo	Hipoplasia/displasia renal	Q60.3 a Q60.5, Q61.4
36		Uréter 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 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 DIAGNOSTICACATEGORIA 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. Modelos de convenio de colaboración e instrumento específico para la transferencia de recursos federales.

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

CONVENIO DE COLABORACION PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION 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.

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 2009 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 2010, 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 civil o un instituto nacional de salud, "LA COMISION" deberá establecer los convenios correspondientes.

DECLARACIONES

I. De "LA COMISION":

1. Que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud en términos del artículo 2, apartado C, fracción XII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
2. Que el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud tiene la competencia y legitimidad para suscribir el presente Convenio, según se desprende de lo previsto en los artículos 77 Bis 35 de la Ley General de Salud y 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.

3. 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 de 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.
4. Que la Dirección General de Financiamiento tiene entre sus atribuciones diseñar y proponer en coordinación con las unidades administrativas de la Secretaría de Salud, los esquemas y mecanismos financieros que sean necesarios para el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, incluyendo el desarrollo de programas de salud dirigidos a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable; coadyuvar, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, en las acciones de supervisión financiera del Sistema de Protección Social en Salud, y de los programas de atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable para garantizar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, así como de sus metas y objetivos, de conformidad con el artículo 9 fracciones III y VII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
5. Que 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.
6. Que cuenta con la disponibilidad presupuestal correspondiente para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente instrumento.
7. Que para efectos del presente convenio señala como domicilio el ubicado en la Calle de Calzada de Tlalpan número 479, Colonia Alamos, C.P. 03400, en México, Distrito Federal.

II. Del "OPD":

1. Que es Organismo Público Descentralizado creado mediante (Ley o Decreto) publicado en el _____ con fecha _____; con personalidad jurídica y patrimonios propios 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).
2. 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)
3. 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).
4. 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.
5. Que cuenta con los elementos técnicos, materiales y humanos para dar cumplimiento al presente Convenio.
6. Que está inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la clave _____ y domicilio fiscal _____.
7. 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 y los anexos que forman parte del mismo, tienen por objeto el reembolso de intervenciones terminadas, 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 4.2.2 y el **Anexo 1** del presente instrumento por parte de **"LA COMISION"** a **"EL OPD"**.

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 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 6 que tenga **"EL OPD"** para dicha intervención. No se cubrirá las acciones e intervenciones señaladas en el **Anexo 2** del presente instrumento.

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA.- "EI 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 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 validación no sea proporcionada; los casos en que la calidad de la información recibida no permita su adecuada validación; y, cuando durante el proceso de validación, se determine la improcedencia del reembolso. **"LA 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 compromete a:

I.- Dictaminar y/o validar a través de **"LA DGGSS"** la Declaratoria de Caso Nuevo 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, solicitando a **"EL OPD"**, 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 **"EL OPD"**, estableciendo domicilio, Registro Federal de Contribuyentes, conceptos de pago, etc.

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"**.

CUARTA.- OBLIGACIONES DE “EL OPD”. Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento, “EL OPD” se compromete 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 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.- 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 “**EL OPD**”, estableciendo domicilio, RFC, conceptos de pago, etc.

XV.- 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 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:

- a) Definir y especificar los procedimientos para una correcta y oportuna atención a los pacientes.
- b) Procurar la solución de cualquier circunstancia no prevista en este instrumento.
- c) 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 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.

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 2010.

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:

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, 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:

- A. Recurriendo y apoyándose de conformidad en la coadyuvancia y las gestiones de la Comisión de Evaluación y Seguimiento;
- B. 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:

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

Anexo 2. "Formato de Declaratoria de Caso". (Anexo 5 de las Reglas de Operación)

Anexo 3. "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 diez.

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.

CONVENIO ESPECIFICO EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS QUE PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION 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

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

Por ello, resulta prioritario propiciar un estado de salud en los niños, que les permita incorporarse a la sociedad con un desarrollo pleno de sus potencialidades físicas e intelectuales. Como una estrategia sustantiva para lograrlo, el primero de diciembre de 2006 se creó el Seguro Médico para una Nueva Generación, cuyo objetivo general se orienta a reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población de los recién nacidos, contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida, mejorar la salud de las familias de menos ingresos y avanzar hacia un esquema de aseguramiento universal.
- III. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 dentro del eje tres, propone en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a los servicios médicos de calidad, a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de Salud, y en cuanto a la política social establece el compromiso de elevar el nivel de salud de los mexicanos, reducir las desigualdades, garantizar un trato adecuado a los usuarios, ofrecer protección financiera en salud y fortalecer el sistema de salud.
- IV. Para llevar a cabo el objetivo general del Seguro Médico para una Nueva Generación, cuyo objetivo general se enuncia en el punto II de este apartado, se realizará la transferencia de recursos a las Entidades Federativas, de conformidad con lo que establece la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, que dispone en sus artículos 74 y 75, que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizará la ministración de los subsidios y transferencias con cargo a los presupuestos de las dependencias, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables. Dichas transferencias y subsidios deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en ella se señalan.
- V. Con fecha _____, "LA ENTIDAD" y "LA SECRETARIA" celebraron el Acuerdo Marco de Coordinación, en lo sucesivo "EL ACUERDO MARCO", con objeto de facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general, así como para fijar las bases y mecanismos generales a través de los cuales serían transferidos, mediante la suscripción del instrumento específico correspondiente, recursos presupuestarios federales, insumos y bienes a "LA ENTIDAD" para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos del artículo 9 de la Ley General de Salud.

- VI. Que de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de "EL ACUERDO MARCO", los Convenios Específicos serían suscritos, atendiendo al ámbito de competencia que cada uno de ellos determine, por "LA ENTIDAD": el Secretario de Finanzas y el Secretario de Salud Estatal y/o el Director General del Instituto y/o el Titular de los Servicios Estatales de Salud (según sea el caso); y por "LA SECRETARIA": la Subsecretaría de Administración y Finanzas, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, por sí mismas, o asistidas por las Unidades Administrativas y/o órganos desconcentrados que cada una tiene adscritas.

DECLARACIONES

I. De "LA SECRETARIA":

1. Que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud en términos del artículo 2, apartado C, fracción XII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
2. Que el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud tiene la competencia y legitimidad para suscribir el presente Convenio, según se desprende de lo previsto en los artículos 77 Bis 35 de la Ley General de Salud y 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.
3. Que dentro de las facultades de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se encuentran las de impulsar, coordinar y vincular acciones del Sistema de Protección Social en Salud con las de otros programas sociales para la atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable desde una perspectiva intercultural que promueva el respeto a la persona y su cultura, así como sus derechos humanos en salud; administrar los recursos 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.
4. Que la Dirección General de Financiamiento tiene entre sus atribuciones diseñar y proponer en coordinación con las unidades administrativas de la Secretaría de Salud, los esquemas y mecanismos financieros que sean necesarios para el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, incluyendo el desarrollo de programas de salud dirigidos a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable; coadyuvar, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, en las acciones de supervisión financiera del Sistema de Protección Social en Salud, y de los programas de atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable para garantizar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, así como de sus metas y objetivos, de conformidad con el artículo 9 fracciones III y VII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
5. Que cuenta con la disponibilidad presupuestal correspondiente para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente instrumento.
6. Que para efectos del presente convenio señala como domicilio el ubicado en la calle de Calzada de Tlalpan número 479, colonia Alamos, C.P. 03400, en México, Distrito Federal.

II. Declara “LA ENTIDAD”.

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

Una vez expuesto lo anterior y toda vez que la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, dispone en sus artículos 74 y 75, que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizará la ministración de los subsidios y transferencias que con cargo a los presupuestos de las dependencias, se aprueben en el Presupuesto de Egresos, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables. Dichos subsidios y transferencias deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en ella se señalan.

Aplicando al objeto del presente Convenio Especifico, 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 2010 (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 Especifico y los anexos que forman parte del mismo, tienen por objeto transferir recursos presupuestales a “**LA ENTIDAD**” para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos del artículo 9 de la Ley General de Salud, que permitan a “**LA ENTIDAD**” fortalecer la estrategia del Seguro Médico para una Nueva Generación a través _____, de conformidad con los **Anexos 1 y 2**, los cuales debidamente firmados por las instancias que celebran el presente Convenio Especifico forman parte integrante de su contexto, en los que se describen: la aplicación que se dará a tales recursos; precisar los compromisos que sobre el particular asumen “**LA ENTIDAD**” y el Ejecutivo Federal; y los mecanismos para la evaluación y control de su ejercicio.

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

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

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

Con el objeto de asegurar la aplicación y efectividad del presente Convenio Específico, las partes se sujetarán a lo establecido en sus Cláusulas y sus correspondientes anexos, al contenido de **“EL ACUERDO MARCO”**, 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”**, de acuerdo con los plazos y calendario que se precisan en el **Anexo 2** el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de este instrumento.

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

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

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

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

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

PARAMETROS

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

- a) La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, transferirá los recursos presupuestales asignados a **“LA ENTIDAD”** a efecto de que sean aplicados específicamente _____(ESTA PARTE DEBE DE SER CONGRUENTE CON LO CONTENIDO EN OBJETO) y al concepto citado en la Cláusula Primera del presente instrumento, sin intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice **“LA ENTIDAD”** para cumplir con el objeto del presente instrumento.
- b) La Comisión Nacional de Protección Social en Salud practicará visitas de acuerdo al programa convenido para este fin con **“LA ENTIDAD”**, mismo que se detalla en el **Anexo 1** del presente instrumento, a efecto de observar el cumplimiento del presente convenio y sus anexos, solicitando a **“LA ENTIDAD”**, que sustente y fundamente la aplicación de los recursos, citados en la Cláusula

Segunda del presente instrumento, a través de un comunicado que valide el total de familias para el Seguro Médico para una Nueva Generación afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, durante la vigencia del presente instrumento e informará sobre el ejercicio de dichos recursos, conforme a las Reglas de Operación.

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

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

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

OBJETIVOS: (Establecer)

INDICADORES DEL DESEMPEÑO: (Establecer)

METAS: (Establecer)

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

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

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

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

QUINTA.- GASTOS ADMINISTRATIVOS.- Los gastos administrativos quedan a cargo de “**LA ENTIDAD**”.

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

- I. Aplicar los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda de este instrumento en el concepto establecido en la Cláusula Primera del mismo, sujetándose a los objetivos e indicadores de desempeño y sus metas previstos en la Cláusula Tercera de este Instrumento, por lo que se hace responsable del uso, aplicación y destino de los citados recursos.

- II. Entregar trimestralmente por conducto de la Secretaría de Finanzas (o su equivalente) a **“LA SECRETARIA”**, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la relación detallada sobre las erogaciones del gasto elaborada por la unidad ejecutora (definida en la Cláusula Cuarta, fracción III de **“EL ACUERDO MARCO”**) y validada por la propia Secretaría de Finanzas, en términos de lo que establecen las Reglas de Operación.

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.

- III. Ministran los recursos presupuestarios federales a que se refiere el presente instrumento, a la unidad ejecutora, a efecto que estos últimos estén en condiciones de iniciar acciones para dar cumplimiento al objeto que hace referencia la Cláusula Primera de este Convenio, en un plazo no mayor a 3 días hábiles, contados a partir de la 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”**.

- IV. Informar, a los 10 días hábiles siguientes a la terminación del trimestre de que se trate, a **“LA SECRETARIA”** a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, del avance programático-presupuestario y físico financiero del concepto previsto en este Instrumento.
- V. Reportar y dar seguimiento trimestralmente, sobre el avance en el cumplimiento de objetivos e indicadores de desempeño y sus metas, previstos en la Cláusula Tercera de este Convenio, así como el avance y, en su caso, resultados de las acciones que lleve a cabo de conformidad con este Instrumento.
- VI. Informar a **“LA SECRETARIA”** sobre el avance de las acciones respectivas y, en su caso, la diferencia entre el monto de los recursos transferidos y aquellos erogados, así como los resultados de las evaluaciones que se hayan realizado.
- VII. Mantener actualizados los indicadores para resultados de los recursos transferidos, así como evaluar los resultados que se obtengan con los mismos.
- VIII. Con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, establecer medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinen los recursos e insumos transferidos.
- IX. Informar sobre la suscripción de este Convenio, al órgano técnico de fiscalización de la legislatura local en **“LA ENTIDAD”**.
- X. Los recursos humanos que requiera para la ejecución del objeto del presente instrumento, quedarán bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, y no existirá relación laboral alguna entre éstos y **“LA SECRETARIA”**, por lo que en ningún caso se entenderán como patrones sustitutos o solidarios.

- XI. Publicar en el órgano de difusión oficial de la localidad, dentro de los quince días hábiles posteriores a su formalización, el presente instrumento.
- XII. Difundir en su página de Internet el concepto financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento, incluyendo los avances y resultados físicos y financieros, en los términos de las disposiciones aplicables.
- XIII. 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 30 días naturales después de recibidos los recursos, dicho recibo deberá cumplir con los requisitos previstos en el numeral 5.2, inciso ii) de la Reglas de Operación.

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

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

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

- V. Aplicar las medidas que procedan de acuerdo con la normatividad aplicable e informar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la Secretaría de la Función Pública 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”**.
- VI. Informar en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y en los demás informes que sean requeridos, sobre la aplicación de los recursos transferidos con motivo del presente Convenio Específico.
- VII. Dar seguimiento trimestralmente, en coordinación con **“LA ENTIDAD”**, sobre el avance en el cumplimiento del objeto del presente instrumento.
- VIII. Los recursos humanos que requiera para la ejecución del objeto del presente instrumento, quedarán bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, y no existirá relación laboral alguna entre éstos y **“LA ENTIDAD”**, por lo que en ningún caso se entenderán como patrones sustitutos o solidarios.

- IX.** El control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios que en virtud de este instrumento serán transferidos, corresponderá a **“LA SECRETARIA”**, a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la Secretaría de la Función Pública 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”**.
- X.** Con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, establecer medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinen los recursos e insumos transferidos.
- XI.** Informar sobre la suscripción de este Convenio, a la Auditoría Superior de la Federación.
- X.** Publicar en el Diario Oficial de la Federación, dentro de los quince días hábiles posteriores a su formalización, el presente instrumento.
- XI.** Difundir en su página de Internet el concepto financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento, incluyendo los avances y resultados físicos y financieros, en los términos de las disposiciones aplicables.

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

NOVENA.- VIGENCIA.- El presente Convenio comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción por parte de **“LA SECRETARIA”** y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2010, debiéndose publicar en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de **“LA ENTIDAD”** dentro de los 15 días hábiles posteriores a su formalización.

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 8 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 _____

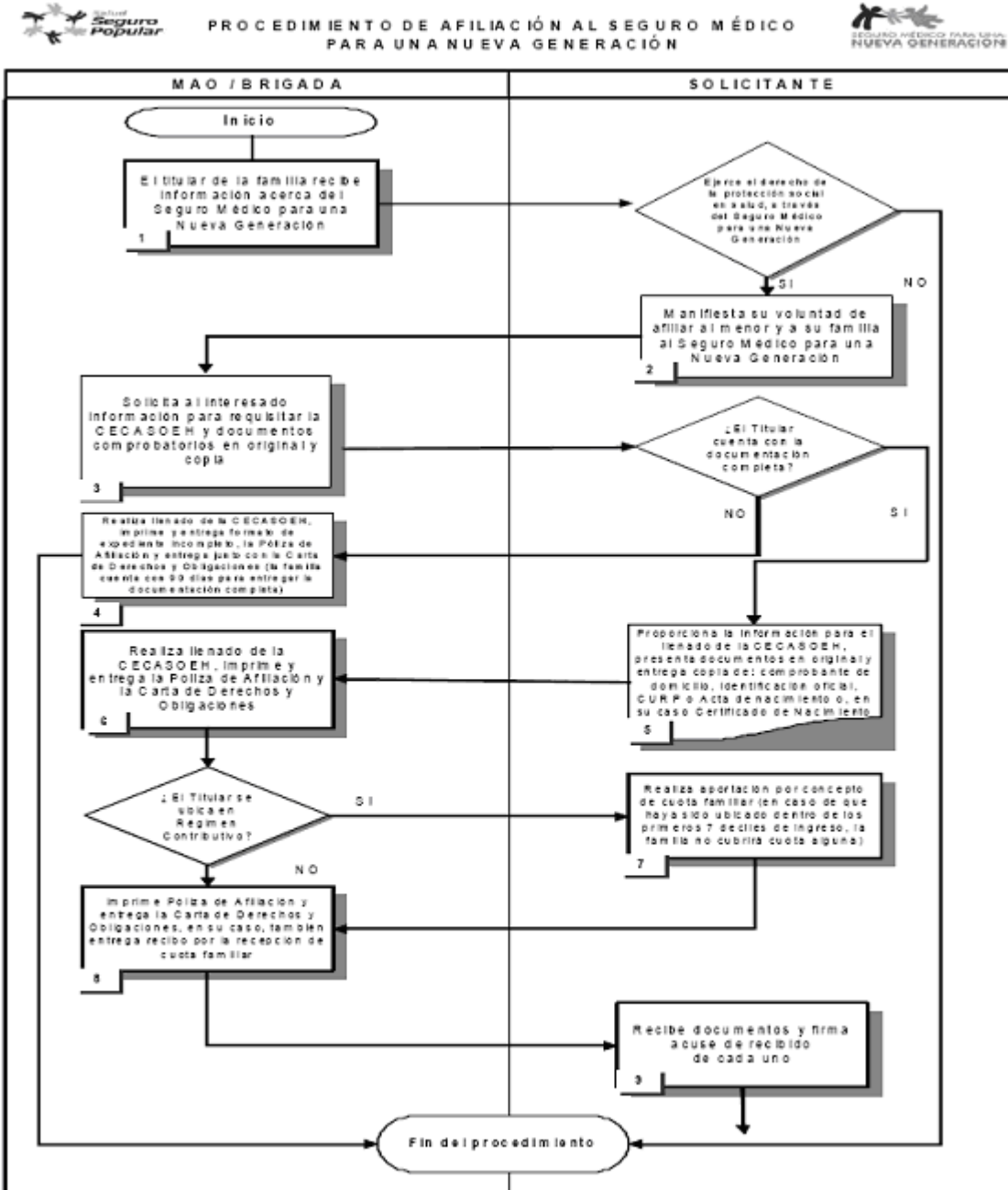
IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

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



Anexo 10. Citas para la familia en Anverso y Reverso.



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

GOBIERNO FEDERAL
SAUD

Vivir Mejor

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 2008, 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 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 105 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 perderse a 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".

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

Nombre del titular 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 UMR

U. Móvil Mod. Urbano Otro Especifique _____

Nombre del responsable _____
Domicilio: _____
localidad _____ municipio _____

Jurisdicción Sanitaria o Región: _____ Estado: _____
Institución: _____

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		

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

Citas médicas adicionales

Edad	Fecha	Cumplió

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 un año			
Menores de 5 años			
Enfermedades diarreicas			
Infecciones respiratorias agudas			

**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: Registrar 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 (CLUES) 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 trate

ESTADO: Anotar la Entidad Federativa de la Unidad de salud

COLONIA: Anotar la Colonia de la Unidad de salud

L. 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

Anexo 14. Lineamientos para la Afiliación, Operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud

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

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

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

Capítulo I

Disposiciones Generales

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

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

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

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

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

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

Comisión. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

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

Ley. Ley General de Salud.

Lineamientos. Los presentes Lineamientos.

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

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

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

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

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

Secretaría. La Secretaría de Salud.

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

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

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

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

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

Capítulo II De la Promoción y Afiliación

1. Con la finalidad de poder llevar a cabo la promoción y afiliación de las familias susceptibles de incorporarse al Sistema, los Regímenes Estatales deberán crear MAO, así como brigadas de promoción y afiliación.

2. El número de MAO y de brigadas se constituirán, bajo la responsabilidad de las entidades federativas, en función de la meta de afiliación establecida en los acuerdos de coordinación, como una herramienta de afiliación y reafiliación.

3. Los MAO serán responsables de la operación de sus brigadas, como a su vez los Regímenes Estatales serán responsables de la operación de los MAO.

Mecánica de Promoción y Difusión

4. En cada entidad federativa o región identificada como zona de cobertura del Sistema se informará a través de medios directos e indirectos de comunicación sobre las características y ventajas del Sistema y se invitará a la población objetivo para que acuda a afiliarse a los MAO.

5. Los Regímenes Estatales pondrán a disposición de la población:

- La información sobre los lugares para la afiliación y reafiliación.
- La información general del Sistema y los mecanismos de la afiliación, a través de material promocional como son folletos, trípticos y carteles, aprobados por la Comisión.

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

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

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

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

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

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

Capítulo III Afiliação y Reafiliación

Procedimiento para la Afiliação

1. El titular de las familias susceptibles de incorporación acudirá a un MAO a manifestar su voluntad para afiliarse al Sistema, lo que podrán realizar también ante las brigadas de afiliación y reafiliación que para el efecto se constituyan.
2. Los MAO o las brigadas solicitarán al interesado que proporcionen la información necesaria para requisitar la CECASOEH.
3. El personal del MAO y la brigada de afiliación aplicarán la CECASOEH. Una vez firmada por el titular de la familia, se considerará como la solicitud de afiliación de las familias al Sistema.
4. El titular deberá presentar original y entregar copia simple de los siguientes documentos:

- a. Comprobante de domicilio.
- b. Clave Unica de Registro de Población (CURP) o algún documento oficial que la contenga, de cada uno de los integrantes de la familia. De manera enunciativa pueden ser la cédula de identificación fiscal, el pasaporte, la cédula profesional, los certificados de estudios emitidos por la Secretaría de Educación Pública y la cartilla militar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Afiliación Permanente

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

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

Afiliaciones Colectivas

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

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

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

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

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

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

Procedimiento para la Reafiliación

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

a. Reafiliación automática.

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

b. Reafiliación simplificada.

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

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

CREDECIALIZACION

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

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

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

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

c) Imagen de la República Mexicana.

d) Elementos de seguridad.

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

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

g) Logotipo del Sistema Nacional de Salud.

h) Número de serie.

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

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

Capítulo IV Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH)

Estructura

1. La CECASOEH cuenta con dos apartados:

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

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

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

Criterios Específicos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo V De las Cuotas Familiares

Capacidad de Pago de las Familias

1. El monto de las cuotas familiares se definirá según la condición socioeconómica de las familias por medio de la aplicación de la CECASOEH.

2. La clasificación de las familias según su nivel de ingreso se realizará mediante el modelo estadístico de análisis discriminante contenido en el Sistema de Administración del Padrón elaborado por la Comisión y puesto a disposición de los Regímenes Estatales.

3. La evaluación socioeconómica a las familias se realizará en los MAO incorporando la información obtenida en la CECASOEH al Sistema de Administración del Padrón, mismo que arrojará como resultado el decil de ingreso a que corresponde la familia. Tales variables podrán comprender las condiciones de la vivienda, así como la escolaridad de sus integrantes.

Cuotas Familiares

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

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

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

Donde:

IND es el ingreso neto disponible anual

i decil de ingreso, *i* = III a X

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

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

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

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

Disposiciones Especiales

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

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

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

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

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

Principio de Solidaridad Social

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

Recibos por la Recepción de las Cuotas

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

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

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

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

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

Capítulo VI

Información sobre el Manejo y Destino de las Cuotas Familiares

Destino de los Recursos

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

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

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

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

Capítulo VII
Del Padrón de Beneficiarios del Sistema
Integración del Padrón

1. I. Corresponde a los Regímenes Estatales:

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

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

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

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

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

II. Corresponde a la Comisión:

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

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

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

Validación del Padrón

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Envío y Recepción de la Base de Datos

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

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

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

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

Información Definitiva

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

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

Incidencias al Padrón

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

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

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

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

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

Resguardo, Acceso y Control del Padrón

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

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

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

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

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

e) Adoptar las medidas de recuperación de información del Padrón en el caso de siniestros tales como: terremotos, inundaciones, incendios u otros que pudieran afectar la integridad de los resguardos de información de la base de datos, seleccionando un lugar físico alternativo de almacenamiento de los respaldos del Padrón al lugar de adscripción, a efecto de asegurar su recuperación integralmente. Para ese efecto, se turnarán a tal lugar de almacenaje al menos dos discos compactos con el respaldo de la información por cada mes de cierre de Padrón.

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

Confidencialidad y Difusión de Información del Padrón

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

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

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

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

Evaluación del Padrón

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

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

Cotejo

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

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

Capítulo VIII
Disposiciones Finales
De la Difusión

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

De la Vigilancia y Cumplimiento

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

De las Quejas, Sugerencias y Denuncias

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

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

TRANSITORIOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Calendario del proceso de envío y validación de base de datos

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

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

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

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

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

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

TRANSITORIOS

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

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

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

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

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

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

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

TRANSITORIOS

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

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

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

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

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

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

TRANSITORIOS

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

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

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

Anexo 15. 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.

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

JOSE ANGEL CORDOVA VILLALOBOS, con fundamento en los artículos 1, 2, 26 y 39 fracciones I, VI y VII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3, fracción II Bis, 13 apartado A, fracción VII Bis, 77 Bis 1, 77 Bis 5 inciso A), fracción VI, 77 Bis 25 de la Ley General de Salud; 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; y 6 y 7 fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

CONSIDERANDO

Que el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos garantiza que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, por lo que con fecha 15 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la reforma y adición a la Ley General de Salud, que permitió crear el Sistema de Protección Social en Salud, como un mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.

Que con fecha 5 de abril de 2004, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, el cual tiene por objeto regular el Sistema que se establece en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud.

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 señala como uno de sus objetivos y estrategias consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, empezando por los niños, en virtud de tratarse del futuro de nuestro país, garantizando la cobertura en servicios de salud a los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006, a través del Seguro Universal de Salud para Niños -Seguro Médico para una Nueva Generación-, que es una nueva vertiente del Sistema de Protección Social en Salud, por el cual se busca que todos los niños estén protegidos de los principales padecimientos que se presentan en los primeros cinco años de vida, sobre todo en el primer año, que es cuando ocurre el mayor número de muertes en la infancia.

Que desde el inicio de las gestiones del actual Gobierno Federal, existió el compromiso de lograr que una nueva generación de mexicanos viva mejor, para lo cual se requiere elevar el nivel de salud de los mexicanos a través de la modalidad de seguro público en salud que se encuentre al alcance de la población. En ese sentido, una vez analizadas las opciones para que los niños no derechohabientes de seguridad social, desde su nacimiento contaran con un seguro que protegiera eficazmente su salud, se concluyó que el Sistema de Protección Social en Salud, era el vehículo idóneo para su consecución.

Que la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal confiere facultades a la Secretaría de Salud para planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud; por lo que la planeación y regulación del Sistema Nacional de Salud debe fundarse en criterios de eficiencia, a efecto de que sea de mayor utilidad y comodidad para los usuarios de los servicios de salud.

Que el 21 de febrero de 2007 se publicó 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.

Por lo anterior, y tomando en consideración las demandas de la población, así como aquellos aspectos que se han presentado en la operación del Sistema de Protección Social en Salud en cuanto a las coberturas adicionales del Seguro Universal de Salud para Niños -Seguro Médico para una Nueva Generación- se ha detectado la necesidad de realizar las acciones necesarias para proteger efectivamente la salud de todos los niños mexicanos nacidos a partir del 1 de diciembre del 2006, especialmente en cuanto a la merma que en muchas de las ocasiones presenta la economía familiar al presentarse alguna enfermedad de alto costo; ello aunado a la existencia de niños mexicanos nacidos fuera del territorio nacional, pero residentes en el mismo, y considerando lo dispuesto en el artículo 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL CUAL SE ESTABLECE UN NUEVO SUPUESTO PARA CONSIDERAR A LAS FAMILIAS QUE SE AFILIEN AL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD BAJO EL REGIMEN NO CONTRIBUTIVO

PRIMERO.- El presente Acuerdo tiene por objeto establecer un nuevo supuesto en virtud del cual serán consideradas dentro del régimen no contributivo a aquellas familias que cuenten con al menos un niño mexicano nacido a partir del 1 de diciembre de 2006 al momento de incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud.

SEGUNDO.- Se considerarán dentro del régimen no contributivo a aquellas familias con al menos un niño mexicano nacido a partir del 1 de diciembre de 2006, que derivado de la aplicación de la evaluación socioeconómica a que se refieren los artículos 77 Bis 25 de la Ley General de Salud y 122 y 124 al 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se ubiquen en los deciles I a VII de la distribución de ingreso.

TERCERO.- A las familias con al menos un niño mexicano nacido a partir del 1 de diciembre de 2006, les será aplicable lo previsto en 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 aportación solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito Federal, publicado el día 21 de febrero de 2007 en el Diario Oficial de la Federación.

CUARTO.- Las familias que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo por motivo de este nuevo supuesto, deberán aportar la cuota familiar que corresponda a su decil de ingresos, si al momento de su reafiliación al Sistema de Protección Social en Salud no cuentan con al menos un niño menor de cinco años de edad.

TRANSITORIO

UNICO.- El presente Acuerdo entrará en vigor el primer día calendario del mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

México, Distrito Federal, a dieciocho de febrero de dos mil ocho.- El Secretario de Salud, **José Angel Córdova Villalobos**.- Rúbrica.

