

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

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

JOSE ANGEL CORDOVA VILLALOBOS, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 77 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 3 fracción II bis, 6, 7 fracciones II y IV, 13 apartado A, fracción VII bis, 77 bis 1 y 77 bis 35 de la Ley General de Salud; 30, 31 y Anexo 18 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011; y 6 y 7 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

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

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

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

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

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

ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2011

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

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

1. Introducción

El nivel de salud de los mexicanos ha mejorado sustancialmente en las últimas décadas como resultado de la mayor cobertura de servicios de salud, de las mejoras en la higiene y el saneamiento, así como del avance en la tecnología médica. Sin embargo, los logros en salud y las transiciones de índole epidemiológica y demográfica se han dado de manera desigual a lo largo del país y entre los diferentes estratos de ingreso en la población.

En ese sentido, las condiciones de salud en los primeros años de vida impactan de manera decisiva y en ocasiones de forma permanente en el crecimiento y desarrollo de la persona hasta edades avanzadas. Las consecuencias de la desnutrición en esos años van más allá de las derivadas de una mayor incidencia de enfermedades infecto-contagiosas; pudiendo afectar también el desarrollo antropométrico y cognoscitivo, lo que genera problemas o desventajas permanentes en el desempeño escolar y/o laboral. La incorporación en el primer año de vida de las vacunas contra neumococo y contra rotavirus, dos microbios causantes de infecciones respiratorias e intestinales, respectivamente, ha contribuido a la reducción del número de muertes por neumonía y por diarrea en niñas y niños menores de cinco años.

Por lo anterior, el Gobierno Federal ha instrumentado y opera el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), mediante el cual promueve la atención preventiva y la detección temprana de enfermedades y daños a la salud y garantiza la cobertura integral en servicios de salud a los niños mexicanos nacidos a partir del primero de diciembre del 2006, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social. Sus beneficios son adicionales a los que hoy en día proveen los programas de salud pública y de vacunación universal, el Sistema de Protección Social en Salud (Sistema), así como a las acciones en materia de salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO).

El objetivo del SMNG y del reforzamiento de las acciones de los otros programas dirigidos a la población beneficiaria menor de cinco años es asegurar las mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades para que una nueva generación que esté más capacitada, preparada y activa.

Este Programa se inserta en la política de salud que establece el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, los cuales reconocen que nuestro sistema sanitario debe resolver las desigualdades en el acceso a los servicios médicos, que son una de las principales causas por las que las personas más pobres tienen mayor riesgo de morir a edades más tempranas que el resto de la población.

Para resolver estas inequidades, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, identifica una serie de objetivos prioritarios que incluyen, fundamentalmente, fortalecer los programas de prevención de enfermedades, promoción de la salud y protección contra riesgos sanitarios; elevar la calidad de los servicios de atención curativa; mejorar la eficiencia en los procesos operativos; perfeccionar la organización y coordinación en las entidades y dependencias encargadas de la prestación de los servicios; apoyar el crecimiento y modernización de la infraestructura médica; profesionalizar al personal sanitario; consolidar la protección financiera de los mexicanos frente a los gastos que causan las enfermedades; y de manera destacada, focalizar acciones a favor de los grupos vulnerables que más las necesitan, entre los que se encuentran los niños.

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

De esta manera, es posible disminuir los riesgos asociados a la muerte neonatal y las afecciones originadas en el periodo perinatal, así como la prevención de daños a la salud y discapacidades que se dan en mayor número en este periodo de la vida, también la mortalidad asociada a las infecciones y la desnutrición. Estos son algunos de los retos que en materia sanitaria continuará abordando el SMNG.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general.

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

2.2. Objetivo específico

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

3. Lineamientos

3.1. Cobertura.

El SMNG tendrá cobertura en cualquier localidad del territorio nacional donde habiten familias con niños nacidos a partir del 1o. de diciembre del 2006, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, y tengan la posibilidad de acceso a los servicios de salud de alguna institución del Sistema Nacional de Salud con capacidad para proveer los beneficios del SMNG.

3.2 Población.

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

3.2.2 Población objetivo: son los mexicanos nacidos a partir del 1o. de diciembre del 2006, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud y corresponderá al 80% de la población potencial, considerando que se trata de un aseguramiento voluntario.

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

3.3 Criterios de elegibilidad.

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

- a) Ser mexicanos residentes en el territorio nacional;
- b) Haber nacido a partir del 1o. 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.

- a) El titular de la familia, solicitará voluntariamente la afiliación del menor, y
- b) Entregar en el Módulo de Afiliación y Orientación (MAO) del Sistema al momento de su afiliación, copia de la Clave Unica de Registro de Población (CURP) o del Acta de Nacimiento o, en su caso, del Certificado de Nacimiento implementado por la Secretaría de Salud (Secretaría). En caso de no proporcionar alguno de estos documentos, el MAO efectuará por escrito la prevención necesaria, dentro de los 10 días hábiles siguientes contados a partir de la solicitud del titular de familia, para lo cual el titular o representante de la familia tendrá un plazo de hasta 90 días naturales contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza de Afiliación para su entrega.

B) Familias que no estén afiliadas al Sistema.

- a) El titular de la familia, solicitará voluntariamente la afiliación del menor y de su familia al Sistema, y
- b) Para llevar a cabo la afiliación del menor, se deberá entregar en el MAO del Sistema al momento de su afiliación, copia de la CURP o del Acta de Nacimiento o, en su caso, del Certificado de Nacimiento implementado por la Secretaría, en caso de no proporcionar alguno de estos documentos, el MAO efectuará por escrito la prevención necesaria, dentro de los 10 días hábiles siguientes contados a partir de la solicitud del titular de familia, para lo cual el titular o representante de la familia tendrá un plazo de hasta 90 días naturales contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza de Afiliación para su entrega.

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

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

3.4.1. Para efectos de la afiliación a que se refiere el numeral 3.4., las personas interesadas se sujetarán a lo que disponga el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, así como los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2005 y sus reformas, Anexo 15.

3.5. Beneficios.

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

- 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 beneficiarios del Programa en segundo y tercer nivel de atención, cuyas patologías generales se mencionan en el Anexo 1.

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

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

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

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

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

3.6. Derechos, obligaciones y corresponsabilidades de los beneficiarios.

3.6.1. Derechos.

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

- 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 Servicios Estatales de Salud (SESA) conforme el comportamiento de la demanda y la disponibilidad de recursos. Para el caso de las familias que son beneficiarias del PDHO, éstas deberán apegarse a los criterios establecidos en el apartado "CORRESPONSABILIDADES", de las Reglas de Operación del PDHO vigentes. Cuadro 1;

Cuadro 1 Talleres comunitarios para el autocuidado de la salud

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

- c) Asistir y participar, cuando sean convocados, al "Modelo de capacitación para el fomento de la lactancia materna, prevención de la muerte de cuna y desarrollo cognitivo del niño";
- d) 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;
- e) 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.
- f) Acudir con el niño beneficiario a las demás visitas médicas que sean recomendadas por el médico tratante;
 - g) Sujetarse a las prescripciones y tratamientos médicos indicados;
 - h) Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre los antecedentes, necesidades y problemas de salud; y
 - i) Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamientos o procedimientos generales a los que hayan aceptado someterse.

3.7. Instituciones e instancias participantes.

3.7.1. Entes normativos.

a) Secretaría de Salud.

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

b) Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

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

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

c) Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud es responsable de proponer al Secretario de Salud, establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud; coordinar acciones con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR); proponer al Secretario de Salud definir y emitir las políticas y normas sobre información epidemiológica que deban reportar los servicios de salud; y, colaborar, en el ámbito de su competencia, en la definición y desarrollo del Sistema en coordinación con las unidades administrativas competentes.

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

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

3.7.2. Entes ejecutores.

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

4. Mecánica de operación

El SMNG no se contrapone, afecta o presenta duplicidad con otros programas y acciones del Gobierno Federal en cuanto a diseño, beneficios, apoyos otorgados y población objetivo.

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

4.1. Responsabilidades de los entes ejecutores.

4.1.1. A la Comisión le corresponde:

- a) Instrumentar la política del SMNG y formular sus criterios de operación y promoción;
- b) 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;
- c) 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;
- d) Gestionar y suscribir, conjuntamente con las entidades federativas, con las instituciones de seguridad social, de asistencia privada u otros prestadores privados, los convenios en materia de prestación de servicios en localidades sin presencia de los SESA;
- e) Definir e instrumentar el esquema de monitoreo y evaluación de la operación e impacto del SMNG;
- f) 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;
- g) Abastecer los instrumentos de registro y seguimiento a las entidades federativas, mediante la entrega de los formatos: "Citas para la familia" (Anexo 11 de las presentes Reglas de Operación) y "Registro de asistencia" (Anexo 12 de las presentes Reglas de Operación);
- h) Establecer, los lineamientos para la capacitación del personal en el Marco del Fortalecimiento de Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud;
- i) Alinear acciones con otros programas para optimizar recursos en beneficio de los beneficiarios, como es el caso con el PDHO;
- j) Analizar y validar los contenidos de la capacitación de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud dirigidos a padres de familia; y
- k) Determinar los elementos que deberá contener la metodología y los materiales para la capacitación del personal de salud para el otorgamiento de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud.

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

- a) Emitir los lineamientos para la aplicación de la Estrategia de Prevención y Promoción para una Mejor Salud;
- b) Garantizar la suficiencia en las entidades federativas de las Cartillas Nacionales de Salud;
- c) Participar en las acciones impulsadas y coordinadas por la Comisión en materia de capacitación sobre los talleres comunitarios para el Autocuidado de la Salud;
- d) 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 semiemplado:

4.1.2.1. En materia de vacunas:

- a) Definir los procedimientos y dosis de aplicación, distinguiendo los beneficiarios del SMNG;
- b) Establecer los procedimientos administrativos y operativos para su adquisición y distribución;
- c) Ejercer los recursos transferidos por la Comisión por este concepto; y
- d) Informar semestralmente a la Comisión del ejercicio de los recursos transferidos.

4.1.2.2. En materia de tamiz auditivo:

- a) Definir las normas y procedimientos para el diagnóstico presuntivo y definitivo de hipoacusia neurosensorial severa y profunda;
- b) 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
- c) Ejercer los recursos transferidos por la Comisión por este concepto.

4.1.2.3. En materia de implantes cocleares:

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

4.1.2.4. En materia de fortalecimiento de la red fría:

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

4.1.2.5. En materia de tamiz metabólico semiabierto:

- a) Definir las normas y procedimientos para la detección, diagnóstico y confirmación de los defectos metabólicos (hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, galactosemia y fenilcetonuria);
- b) Establecer los procedimientos administrativos, metodológicos y operativos para la adquisición y distribución de insumos del tamiz neonatal (reactivos);
- c) Ejercer los recursos transferidos por la Comisión por este concepto;
- d) Definir la población, normas y procedimientos para la detección de nuevos errores del metabolismo; y
- e) Informar semestralmente a la Comisión del ejercicio de los recursos transferidos.

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

- a) Dictaminar la acreditación de las unidades médicas participantes en el SMNG, en los términos previstos por los lineamientos de SICALIDAD para la mejora continua y efectuar la supervisión de los establecimientos médicos, y
- b) Emitir recomendaciones a los Servicios Estatales de Salud (SESA), respecto a las unidades no acreditadas.

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

- a) Realizar acciones de difusión del SMNG e identificar familias susceptibles de ser afiliadas;
- b) Afiliar familias que así lo soliciten al Sistema mediante el MAO y los gestores de servicios de salud;
- c) Registrar las altas y bajas de familias;
- d) A través del personal del MAO y la brigada de afiliación, aplicar la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), referida en los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación 15 de abril de 2005 y sus reformas;
- e) Proporcionar al titular de la familia, en el caso de familias de nueva afiliación, la Carta de Derechos y Obligaciones, en la cual se describen las acciones médicas cubiertas por el Sistema de Protección Social en Salud, el SMNG y el FPGC;
- f) Proporcionar a los padres o tutores del niño, el formato de "Citas para la Familia" (Anexo 11 de las presentes Reglas de Operación), con su programación de citas y talleres comunitarios para el autocuidado de la salud del ejercicio 2011.

- g) 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;
- h) 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;
- i) 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;
- j) 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;
- k) 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);
- l) Reportar anualmente a la Comisión sobre las condiciones de acceso de los beneficiarios a los servicios de salud;
- m) 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;
- n) 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;
- o) 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;
- p) Aplicar los instrumentos de registro y seguimiento, de la atención y talleres comunitarios para el autocuidado de la salud en los formatos de "Citas para la familia", "Registro de Asistencia", "Control Interno de Sesiones (SIS-SS-PLA-P)" e "Informe Mensual de la Unidad Médica SIS-SS-CE-H", todos ellos contenidos en los anexos 11, 12, 13 y 14 de las presentes Reglas de Operación, respectivamente;
- q) 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;
- r) Instrumentar y operar la Contraloría Social;
- s) Emitir opinión respecto a las consultas realizadas por la Comisión, sobre la actualización de las Reglas de Operación, y
- t) Entregar las Cartillas Nacionales de Salud.

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

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

4.2. Para lograr la adecuada operación del SMNG y garantizar la prestación de los servicios, aun en aquellas localidades en las que los Servicios Estatales de Salud (SESA) no cuentan con unidades médicas instaladas, la Comisión y/o las entidades federativas podrán suscribir convenios con el IMSS, tanto en su régimen obligatorio como con el programa IMSS-Oportunidades, con el ISSSTE, y con otras instituciones públicas proveedoras de servicios del Sistema Nacional de Salud. Y en casos justificados por ausencia de algún otro proveedor público del Sistema Nacional de Salud o por problemas de capacidad de atención, también se podrán suscribir convenios con prestadores de índole privado.

Para los efectos anteriores deberá utilizarse el sistema de referencia y contra-referencia normado en el Acuerdo número 79 relativo a la aplicación, instrumentación y actualización del Manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes y envío de muestras y especímenes, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de septiembre de 1988; y, considerando a estos establecimientos médicos como parte integral de las redes de servicio. Las formalidades, términos y condiciones de los convenios de colaboración

que se celebren deberán sujetarse a la legislación aplicable, observando las disposiciones federales correspondientes dada la naturaleza de los recursos transferidos;

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

El SMNG es un Programa Federal, público y de afiliación voluntaria, su costo es cubierto mediante un subsidio federal proveniente de recursos fiscales autorizados en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011 (PEF) que complementan los recursos que las entidades federativas reciben de la Federación vía Ramo 12, destinados a la prestación de servicios médicos.

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

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

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

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

a) Características.

La Secretaría transferirá a las entidades federativas \$210.00 (Doscientos diez pesos 00/100 M.N.) anuales por una sola vez por cada niño mexicano nacido a partir del 1o. de diciembre del 2006 cuya familia se incorpore al Sistema en el 2011. Esta cápita tiene como propósito apoyar a las entidades federativas por la sobredemanda que potencialmente se origina en razón de la mayor concentración de nuevas familias afiliadas al Sistema con recién nacidos y los requerimientos de atención durante el primer año de vida de los mismos, principalmente durante los primeros 28 días de vida.

El monto establecido por este concepto, obedece a una mayor concentración de riesgos para el Sistema, derivada de una mayor incorporación de familias con recién nacidos, por lo que los recursos por este concepto servirán para apoyar el exceso de demanda de los servicios de salud del CAUSES del Sistema. Para efectos de lo señalado, los recursos que los SESA reciban deberán ser ejercidos conforme a los conceptos de gasto establecidos para los recursos transferidos por el Sistema para la prestación de los servicios del CAUSES, como se establece en el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema, suscrito por la Secretaría con cada una de las entidades federativas a que hace mención el artículo 41 del PEF. Los recursos transferidos por concepto del SMNG conservarán su carácter federal.

b) Forma de pago y periodicidad.

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

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

a) Características.

Las intervenciones cubiertas por el SMNG descritas en el Anexo 1 son acciones de segundo y tercer niveles que no están contempladas en el CAUSES o en el FPGC. Estas acciones se cubrirán mediante el reembolso de cada intervención realizada a los beneficiarios del SMNG y procederá para eventos terminados, es decir, padecimientos que han sido resueltos, salvo aquellos que ameritan tratamiento de continuidad. El monto a cubrir por cada una de estas intervenciones se determinará conforme a las tarifas del tabulador establecido por la Comisión que se encuentra en el Anexo 1 de estas Reglas. Para los casos de la intervención Hipoacusia neurosensorial se hará el pago al sustentar el diagnóstico.

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

- Cuando la intervención aparece con clave CIE-10 con tres caracteres, incluirá también las intervenciones con clave compuesta de cuatro caracteres que comparten los tres primeros;
- Para el caso de aquellas intervenciones con clave CIE-10 con cuatro caracteres, no se incluirán el resto de las intervenciones con clave compuesta de cuatro caracteres que comparten los primeros tres.

- En el caso de las intervenciones con tabulador "pago por facturación" se cubrirá solamente el tratamiento de sustitución, y/o medicamentos especializados, así como los insumos que se requieran de acuerdo a la aplicación de dichos tratamientos. El registro se realizará bimestralmente.
- En el caso de las intervenciones realizadas a los beneficiarios del SMNG y que no se enlisten en el tabulador del Anexo 1, la Comisión estará facultada para determinar si son elegibles de cubrirse con el SMNG y el monto de la tarifa a cubrir por cada uno de los eventos. Esta tarifa será como máximo la cuota de recuperación del Tabulador más alto aplicable a la población sin seguridad social que tenga la institución que haya realizado la intervención para esa misma intervención. No se cubrirán las acciones e intervenciones listadas en el Anexo 2 de estas Reglas. En función de la frecuencia de intervenciones no cubiertas por el SMNG, la disponibilidad presupuestal y la conveniencia de incluirlas en el SMNG, la Comisión deberá establecer los mecanismos necesarios que permitan definir las tarifas de las nuevas intervenciones a partir de los costos promedio a nivel nacional de su otorgamiento. Estos costos promedio deberán obtenerse mediante la agrupación de los servicios en conglomerados homogéneos que faciliten su registro y control, además de propiciar el logro de estándares de eficiencia predeterminados, entre los SESA participantes.

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

Adicionalmente, se podrán cubrir las intervenciones realizadas a los beneficiarios del SMNG durante el ejercicio fiscal 2010, no incluidas en el CAUSES o en el FPGC, que sean registradas por el prestador de servicios y validadas por los REPSS u Organismo Público Descentralizado (OPD), según sea el caso antes del 31 de enero de 2011.

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

b) Forma de pago y periodicidad.

En los eventos realizados en unidades médicas acreditadas por la Secretaría se transferirá el monto correspondiente al tabulador señalado en el Anexo 1 de estas Reglas. Para las atenciones realizadas en unidades médicas no acreditadas, se transferirá el 50% del citado tabulador, el complemento se cubrirá al momento de comprobar la acreditación siempre que ésta ocurra en el período de vigencia de las presentes Reglas de Operación y sea notificado a la Comisión durante el primer trimestre del año 2012. En ambos casos, los beneficiarios no deberán haber cubierto ninguna cuota de recuperación. Considerando que los recursos por pago de intervenciones cubiertas corresponden a un reembolso por un servicio prestado, los prestadores de servicios podrán ejercer esos recursos en los conceptos de gasto que, bajo su criterio, fortalecerán la prestación de los servicios de salud a los beneficiarios, atendiendo la normatividad aplicable.

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

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

El registro de los casos se hará a través del Sistema del Seguro Médico para una nueva Generación que para tal efecto se ha establecido y cuyo proceso se especifica en el Anexo 7, así como de los reportes generados por el sistema informático del SMNG se obtendrán las declaratorias de caso (Anexo 6).

Tratándose de un organismo público descentralizado de salud, el médico tratante que registra el caso deberá ser determinado por el Director de la unidad médica, y el caso validado por el propio Director de la citada unidad médica; para las unidades de los SESA, el médico tratante que registra el caso será determinado por el director de la unidad médica y los Regímenes Estatales (su director o el funcionario que él designe) serán responsables de validar y dar seguimiento al caso, de igual forma si es devuelto para revisión conjuntamente con la unidad médica enviar la información complementaria.

La Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la Comisión (DGGSS) revisará los casos, verificando que contengan la información requerida y que permita su autorización y su correcta clasificación de acuerdo al tabulador; de proceder, autorizará los casos para pago y la clave del tabulador que les corresponda; creará una base de datos por entidad federativa y patología; y, enviará un informe de los casos en que proceda el reembolso, a la DGF para que ésta a su vez realice la transferencia de recursos a los Regímenes Estatales u otros prestadores de servicios.

En el caso de que la intervención haya sido realizada por alguna unidad médica dependiente de los SESA, el reembolso será cubierto a quien corresponda de acuerdo a la estructura administrativa de cada entidad en los mismos términos en que se realizan las transferencias federales del Sistema. En el caso de que la intervención haya sido realizada por un prestador distinto a los SESA, el pago se hará directamente por la Comisión al prestador del servicio. En este último caso, el prestador deberá expedir un recibo institucional de la transferencia del recurso en donde se especifique el Banco, los datos de la cuenta bancaria con la Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), la cantidad a pagar y los casos a cubrir. Las unidades médicas deberán mantener en el expediente, todos los documentos clínicos relacionados con el caso, así como una copia de la póliza de afiliación por un plazo de 5 años, contados a partir de la última atención otorgada. La Comisión podrá solicitar cualquier información adicional de los casos cuyo reembolso haya sido solicitado.

La Comisión no cubrirá las intervenciones cuya información requerida para su autorización no sea proporcionada; los casos en que la calidad de la información recibida no permita su adecuada autorización, o cuando durante el proceso de autorización, se determine la improcedencia del reembolso. En este último caso, el cual no generará pago alguno, quedará de igual forma, registrado en el mismo sistema.

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

- 1) Registrado: caso reportado al Sistema del SMNG por la unidad prestadora de servicios;
- 2) Validado: Acepta REPSS u OPD el caso como susceptible de pago;
- 3) Autorizado: Caso susceptible de pago, por lo que es enviada a la DGF para su procedencia;
- 4) Devuelto para revisión: El caso no cumple con los datos administrativos para su autorización, se regresa para revisión del REPSS, u OPD y/o corrección de información;
- 5) Inhabilitado: Improcedencia en el pago del caso.

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

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

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

a) Características.

En las localidades en donde no existan unidades médicas de los SESA, los servicios de salud al beneficiario del SMNG podrán ser prestados por las unidades médicas de primer nivel de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con lo establecido en el convenio suscrito previamente para estos propósitos.

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

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

- En el caso de la prestación de servicios de salud por parte del IMSS e ISSSTE:
 - 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 Médico para una Nueva Generación antes denominado Seguro Universal de Salud para Niños, suscritos o que se suscriban por el C. Secretario de Salud y los Directores Generales del IMSS y del ISSSTE, respectivamente, incluyendo los convenios modificatorios respectivos celebrados en su caso, así como en los convenios específicos que se firmen entre estas instituciones, según sea el caso, a través de sus delegaciones, los SESA y la Comisión.

- Conforme a lo establecido en estos Convenios, por la prestación de los servicios médicos para los niños beneficiarios del SMNG, la Secretaría, a través de la Comisión, pagará a las instituciones una tarifa fija anual conforme a la edad del niño. Estos servicios incluirán las intervenciones del nivel de atención señaladas explícitamente en los convenios firmados.
- El importe por traslados en ambulancia de pacientes del SMNG de la unidad médica de las instituciones señaladas a una de segundo y tercer niveles de los SESA, se determinará conforme a lo establecido en los convenios suscritos con la Secretaría.
- Las tarifas e importes a que hacen referencia los párrafos anteriores, así como los Convenios respectivos, estarán disponibles en la página de Internet de la Comisión.
- Para estos efectos, se podrá celebrar, en su caso y conforme a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, un Convenio Específico de Coordinación Interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al SMNG, por la Comisión, la Delegación correspondiente del IMSS y los SESA, por virtud del cual se otorguen a los beneficiarios del SMNG los servicios de salud; lo anterior conforme al convenio marco celebrado con el IMSS a que se refiere el primer párrafo de este numeral.
- En el caso de la prestación de servicios otorgados por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud:

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

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

b) Forma de pago y periodicidad.

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

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

4.3.4. Apoyo económico para el pago de vacunas.

a) Características.

Con objeto de apoyar el esquema de vacunación universal como uno de los pilares de las acciones preventivas en los menores, en 2011, se podrán transferir recursos del SMNG para la adquisición de vacunas de neumococo conjugada y rotavirus. Estas serán aplicadas a los menores de cinco años que pertenezcan a la población abierta, independientemente de su afiliación al Sistema o al SMNG. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos será responsabilidad del CENSIA.

b) Formas de pago y periodicidad.

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

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

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

a) Características.

Para el tamizaje auditivo, se podrán utilizar los recursos del SMNG para equipar los hospitales con mayor proporción de nacimientos para la realización de pruebas de emisiones otoacústicas. Asimismo, se podrá dotar de equipos adicionales para estudio de potenciales evocados auditivos del tallo cerebral, como prueba confirmatoria de hipoacusia severa y profunda a las entidades federativas que se caracterizan por atender el mayor porcentaje de nacimientos en la Secretaría de Salud y contar con una alta dispersión de la población. Estos equipos se utilizarán de manera prioritaria, más no exclusiva, en la población objetivo del SMNG. La Secretaría, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, será la responsable de definir las especificaciones técnicas de los equipos y las unidades en las que se llevará a cabo la atención. Los equipos serán transferidos a los SESA, conforme a la normatividad aplicable, para su custodia, utilización y mantenimiento preventivo y correctivo, actividades que serán responsabilidad y desarrolladas con cargo a los recursos propios de la entidad federativa a la que corresponda el SESA.

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

b) Formas de pago y periodicidad.

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

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

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

a) 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).

b) Formas de pago y periodicidad.

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

- Relación nominal de pacientes beneficiados, y
- Estado del ejercicio de los recursos transferidos.

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

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

- Diseñar e implementar estrategias de capacitación focalizada para la impartición de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud y que estará dirigida al personal directivo, administrativo, operativo y comunitario y tendrá como objetivo principal que adquieran conocimientos, habilidades y destrezas para la

impartición de Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud. La capacitación deberá ser ejecutada por los Servicios Estatales de Salud a través de las áreas de Promoción de la Salud.

- Implementar, en coordinación con la Comisión y conforme a las necesidades de capacitación de la entidad federativa, el "Modelo de capacitación para el fomento de la lactancia materna, prevención de la muerte de cuna y desarrollo cognitivo del niño"
- Evaluar el proceso de capacitación del personal; materiales didácticos de la estrategia de Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud, así como el impacto y beneficio en la población;
- Contratar prestadores de servicios, en su caso, para que realicen acciones de prevención y promoción a la salud a través de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud principalmente;
- Garantizar la provisión de insumos y materiales de apoyo para el desarrollo de los Talleres para el Autocuidado de la Salud;
- 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
- Adquirir, en su caso, materiales para el registro de información y asistencia a los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud, citas para beneficiarios e informe de actividades de la unidad médica de primer nivel.

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

Formas de pago y periodicidad.

Se transferirán los recursos a las entidades federativas con base en los criterios específicos de otorgamiento y aplicación de los recursos establecidos por la Comisión en coordinación con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

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

a) 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.

b) Forma de pago y periodicidad.

Para el fortalecimiento de la red de frío, la Comisión transferirá los recursos al CENSIA, con base en la solicitud fundamentada de este Centro, la disponibilidad presupuestal y sujeta a la valoración por la Comisión con base en un diagnóstico específico por entidad federativa que deberá acompañar la citada solicitud. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos será responsabilidad del CENSIA. Asimismo, dicho Centro será el responsable de llevar a cabo los procedimientos administrativos y operativos necesarios para la adquisición, distribución y aplicación, con apego a las disposiciones normativas aplicables, e informará semestralmente a la Comisión lo siguiente:

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

4.3.9 Apoyo económico para el Tamiz metabólico semiampliado.

a) Características.

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

b) 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 semestralmente a la Comisión lo siguiente:

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

4.4. De los recursos no devengados.

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

4.5. Padrón de beneficiarios.

Para la instrumentación y operación del SMNG se integrarán al Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema los componentes que resulten necesarios a fin de estar en posibilidad de registrar y generar la información específica de los beneficiarios del SMNG. El Padrón será integrado y administrado de conformidad con las disposiciones establecidas en los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud.

La Comisión, a través de la Dirección General de Afiliación y Operación, será responsable de mantener el padrón nacional actualizado, con altas y bajas, identificando a los beneficiarios, por localidad, municipio y entidad federativa, de acuerdo a las claves del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Para tales efectos, los Regímenes Estatales deberán remitir, conforme al calendario autorizado por la Dirección General de Afiliación y Operación, la información relativa a las altas y bajas de los beneficiarios del SMNG.

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

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

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

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

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

4.6. Prestación de servicios.

4.6.1. Organización de los servicios.

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

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

Las redes de servicios que atiendan a los beneficiarios del SMNG, deberán estar supeditadas orgánicamente a las jurisdicciones sanitarias y conformarse con la cantidad y distribución de centros de salud de primer nivel existentes para brindar una atención cercana y oportuna a los beneficiarios. Dichas unidades deberán estar vinculadas con una unidad médica de segundo nivel de atención que obligatoriamente deberá servir de primera referencia para la prestación de los servicios de salud en las especialidades básicas, así como contar con mecanismos establecidos para el envío de pacientes a las unidades médicas que proporcionen los servicios en las demás especialidades de la medicina que comprenden el conjunto de atenciones que garantizan el SMNG y el Sistema.

4.6.2. Acceso a los establecimientos de salud.

El acceso de los beneficiarios a los establecimientos de primer nivel, se realizará de conformidad al programa de visitas médicas establecido en el apartado de Corresponsabilidades en materia de salud descrito en el punto 3.6.3 de las presentes Reglas, así como por indicaciones del médico tratante o por necesidad percibida por el padre o madre o tutor del beneficiario. Los padres o tutores deberán llevar al menor a la unidad de atención primaria con su médico responsable de la atención del niño y de la familia.

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

4.6.3. Criterios para la atención médica de la población beneficiaria.

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

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

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

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

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

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

Cuando el médico responsable de la atención del niño y de la familia o médico familiar requiera una interconsulta con un especialista para la evaluación de su paciente, debe solicitarlo con el Formato de Referencia que se menciona en el Anexo 9 de las presentes Reglas, que deberá entregar al beneficiario. El beneficiario habrá de presentar este formato ante el especialista para recibir la atención (referencia). Una vez recibido el formato, el médico especialista deberá programar y realizar la evaluación del paciente y determinar, en su caso, un tratamiento. Posteriormente, deberá enviarlo de regreso con el médico responsable de la atención del niño y de la familia o médico familiar para que le dé seguimiento (contra-referencia).

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

Los padres, familiares o tutores de un niño afiliado al SMNG tendrán en todo momento el derecho a una segunda opinión con respecto a la salud del menor, la cual podrá ser solicitada al médico tratante que los

atienda o al médico responsable de la atención del niño y de la familia o médico familiar, quienes deberán enviarlo para estos efectos a otro médico de la unidad o de otra de las unidades de la red de servicios a la que pertenecen. En estos casos, el médico tratante tendrá la obligación de proporcionar toda la información y los estudios clínicos que le permitieron determinar su propio diagnóstico. Además, los padres o tutores tendrán el derecho a decidir libremente sobre su atención y a contar con información clara, veraz y suficiente para aceptar o rechazar los tratamientos y procedimientos que les fuesen prescritos. Así como el derecho, en caso de así decidirlo, de solicitar esta nueva opinión de manera directa y sin conocimiento del médico tratante.

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

4.6.4 Servicios de laboratorio y gabinete.

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

4.6.5 Suministro de medicamentos.

El médico proporcionará al paciente una receta con el fondo y la forma que se haya dispuesto oficialmente, sustentándose en el CAUSES y el Cuadro Básico de insumos del Sector Salud. El beneficiario deberá acudir a la farmacia de la unidad de salud o a la farmacia convenida, con la receta correspondiente. Contra dicha receta se le entregarán al paciente los medicamentos señalados en la misma conforme a lo establecido en el numeral 4.1.4, quedando una copia de la receta en la farmacia y otra en manos del afiliado para que consulte las dosis y horarios de prescripción de los medicamentos. El número de cajas o unidades de los medicamentos prescritos deberá estar en relación al tipo de padecimiento y a la programación de la siguiente cita del enfermo.

4.6.6 Servicios de cirugía programada.

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

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

4.6.7 Servicios de urgencia.

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

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

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

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

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

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

4.6.8 Servicios de hospitalización.

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

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

4.6.9 Expediente clínico.

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

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

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

4.6.10. Sobre la prestación indirecta de servicios médicos.

Los Regímenes Estatales podrán celebrar convenios para la utilización de infraestructura con los establecimientos para la atención médica de los beneficiarios de conformidad con lo establecido en el numeral 4.1.4.

4.6.11. Garantías en la calidad.

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

Sin perjuicio de lo establecido en la regla 4.3.2 los establecimientos que presten servicios a los beneficiarios del SMNG deberán estar debidamente acreditados por la Secretaría, con objeto de brindar certidumbre respecto a la capacidad, seguridad y calidad en la prestación de los servicios. La acreditación corroborará condiciones fundamentales de gestión y resultados de calidad.

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

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

5. Informes Programáticos Presupuestales

5.1. Programación del gasto.

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

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

La coordinación con otros programas implica únicamente la vinculación de estrategias y acciones, así como el intercambio de información y en ningún caso la transferencia de recursos, salvo en los casos de vacunas, tamiz auditivo, de implantes cocleares, talleres comunitarios, red de frío y tamiz metabólico semiadaptado a que hacen referencia los apartados 4.3.4, 4.3.5, 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8 y 4.3.9 respectivamente, de estas Reglas.

5.2. Ejercicio del gasto.

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

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

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

Para efectos de lo anterior, se deberán relacionar sólo los gastos erogados y verificar que la documentación comprobatoria reúna los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones jurídicas aplicables. Los recibos por servicios prestados deberán expedirse en términos de dichas disposiciones.

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

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

- b) La entidad federativa a través de la Secretaría de Finanzas o su equivalente, deberá emitir un recibo de comprobación de ministración de fondos por el importe de cada depósito y remitirlo a la Comisión en un plazo máximo de 90 días naturales posteriores a la recepción de los recursos, dicho recibo deberá cumplir con los siguientes requisitos:
 - 1) Ser emitido por la Secretaría de Finanzas de la entidad federativa o su equivalente.
 - 2) Ser expedido a nombre: Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
 - 3) Indicar como domicilio fiscal: Lieja 7, Col. Juárez, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06600.
 - 4) Señalar el Registro Federal de Contribuyentes: SSA630502CU1.
 - 5) Señalar la fecha de emisión.
 - 6) Precisar el nombre del programa y los conceptos relativos a los recursos presupuestarios federales recibidos.
- c) Corresponderá a la Comisión dar seguimiento al ejercicio de los recursos hasta el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos del SMNG.

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

5.3. Avances físico-financieros.

La Secretaría y la Comisión serán responsables en su ámbito de competencia, de asegurar que la programación, presupuesto, control y evaluación del gasto público estén sujetos a sistemas de control presupuestario, los cuales serán de aplicación y observancia obligatoria conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

La Comisión formulará y enviará trimestralmente, a través de la Secretaría, a la Cámara de Diputados el reporte de avances físico-financieros sobre el presupuesto ejercido, así como informes sobre el cumplimiento de las metas y objetivos con base en los indicadores de desempeño previstos en estas Reglas de Operación,

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

5.4. Cierre del ejercicio.

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

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

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

- 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 4.6.5 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 4.6.9 de estas Reglas;
- d) 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
- e) Cuando se identifiquen irregularidades en los registros de información que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios y/o en la integración de expedientes familiares y/o en las visitas domiciliarias, durante los procesos de supervisión operativa realizados a los Regímenes Estatales por la Comisión, o bien, se obstaculicen dichas visitas durante los procesos de supervisión, en cuyo caso deberán establecerse por escrito los plazos de cumplimiento.

Para proceder a la suspensión y, en su caso, cancelación de los apoyos del SMNG, la Comisión, a través de la Dirección General que corresponda por el ámbito de sus responsabilidades, notificará por escrito a la entidad federativa sobre la situación irregular de que se trate, estableciendo un plazo de 30 días naturales para su corrección y 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 d) de este numeral, conforme a lo dispuesto en los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, así como cuando no se cumpla satisfactoriamente con los plazos de cumplimiento a que se refiere el inciso e) de este numeral, las entidades federativas deberán reembolsar los recursos transferidos correspondientes a los registros identificados por los apoyos a los que se refiere el numeral 4.3.1, y en su caso, a los que se refiere el 4.3.2 de estas Reglas, o bien la Comisión podrá descontar estos montos de transferencias futuras de recursos con cargo al SMNG.

Para el caso de las intervenciones cubiertas por reembolso, descritas en el punto 4.3.2 de estas Reglas, la Comisión podrá exigir la restitución de los recursos transferidos por las intervenciones que hayan sido detectadas como irregulares a través de una auditoría médica, una visita de supervisión o una revisión aleatoria, en las que se detecte que tales intervenciones no fueron realizadas o existen alteraciones en el expediente médico, la nota de seguimiento de la salud del paciente o en el alta del mismo. Esta restitución podrá ser mediante el reintegro a la Tesorería de la Federación del monto correspondiente o bien mediante el descuento del monto de los subsecuentes envíos de recursos.

7. Seguimiento Operativo, Control y Auditoría

7.1. Seguimiento operativo.

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

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

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

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

7.2. Indicadores de desempeño.

Nombre	Método de cálculo	Unidad de medida	Frecuencia de medición
Porcentaje de avance de aseguramiento de la población objetivo	(Número de niños afiliados en el Seguro Médico para una Nueva Generación / número de niños nacidos sin seguridad social a partir del 1 de diciembre de 2006) X 100	Porcentaje	Anual
Porcentaje de niños con acceso a las intervenciones financiadas por la cápita adicional	(Número de 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) X 100	Porcentaje	Trimestral

7.3 Control y auditoría.

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

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

8. Contraloría Social

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

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

9. Evaluación

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

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

10. Transparencia

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

11. Quejas y denuncias

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

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

- 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:

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

Los Regímenes Estatales serán los encargados de canalizar y atender las quejas presentadas en las entidades federativas, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

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

12. Glosario

BCG	Vacuna de antituberculosis
CAPITA	Recursos que por concepto de apoyo por incremento en la demanda de servicios se transfieren a la entidad federativa por cada uno de los niños afiliados en el ejercicio vigente al Programa Seguro Médico para una Nueva Generación.
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud. Relación de intervenciones médicas, medicamentos y servicios cubiertos por el Sistema de Protección Social en Salud, seleccionados en términos de lo dispuesto por las disposiciones jurídicas aplicables.
CUOTA FAMILIAR	Monto que cubren las familias de acuerdo a su condición socio-económica. Los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO) realizan la evaluación de cada familia que solicita su registro y determinan la cuota familiar que debe cubrirse o si están exentas de hacerlo.
CUOTA REGULADORA	Es la aportación cuyo objetivo es promover el uso razonado de los servicios y los insumos para la salud.
CECASOEH	Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar
CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (CENSIA)	Organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa que tiene entre sus funciones coordinar las acciones del Sistema Nacional de Salud en materia de salud de la infancia y la adolescencia y de vacunación para toda la población en el territorio nacional.
COMISION NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD (COMISION)	Organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa cuya función consiste en ejercer las atribuciones que en materia de protección social en salud le otorgan la Ley General de Salud, el Reglamento correspondiente y los demás ordenamientos aplicables.
CURP	Clave Unica de Registro de Población
DGGSS	Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
EQUIPO PARA EMISIONES OTOACUSTICAS	Aparato para detectar hipoacusia en los recién nacidos.
ESTOMATOLOGIA	Servicios dentales.
EVENTO TERMINADO	Aquel evento que aun cuando requiere seguimiento ambulatorio, se especifica que el proceso de atención hospitalario concluyó al ser resuelto el problema original motivo del internamiento.
FONDO DE PROTECCION CONTRA GASTOS CATASTROFICOS (FPGC)	Fondo sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos.

GESTORES DE SERVICIOS DE SALUD	Los gestores de servicios de salud son un enlace permanente entre el beneficiario del Sistema y los diferentes prestadores de servicios de salud, organizados en redes de establecimientos de atención médica, a fin de que se pueda proporcionar asesoría tanto al beneficiario como al prestador de las diferentes carteras de servicios.
HIPOACUSIA	Sordera.
IMPLANTES COCLEARES	Aparato electrónico que permite percibir sonidos en personas con hipoacusia.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
IMSS-OPORTUNIDADES	Programa del Gobierno Federal, desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el IMSS, que atiende a las personas que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad social, fundamentalmente de población que se localiza en lugares con gran dispersión geográfica, que viven en ambientes de marginación y pobreza extrema, que está expuesta a situaciones de inequidad de género y que presentan rezagos en cuanto a salud reproductiva.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MODULOS DE AFILIACION Y ORIENTACION (MAO)	Espacios físicos fijos y móviles con personal capacitado establecidos por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para afiliar a las familias y proporcionarles la información que soliciten sobre trámites y servicios del Sistema de Protección Social en Salud.
PADRON	Relación nominal que contiene los elementos señalados en las disposiciones jurídicas aplicables, de las familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación.
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
PEF	Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de diciembre de 2010.
POLIZA DE AFILIACION	Documento emitido por el Sistema de Administración del Padrón que sirve como comprobante de incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.
PROFILAXIS OFTALMICA	Prevención de infecciones de los ojos de los recién nacidos.
REGIMENES ESTATALES (REGIMENES ESTATALES DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD)	Estructuras administrativas, dependientes de los Servicios Estatales de Salud, encargadas de garantizar las acciones de protección social en salud mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona en el Sistema de Protección Social en Salud, las cuales deberán realizar su actividad de manera independiente de la provisión de servicios de salud.
REGLAS DE OPERACION (ROP)	Disposiciones a las cuales se sujetan determinados programas y fondos federales con el fin de asegurar la aplicación transparente, eficiente, eficaz, oportuna y equitativa de los recursos públicos asignados a los mismos.
SACTEL	Es un centro de llamadas que depende de la Secretaría de la Función Pública y que tiene como propósito atender oportuna y eficazmente a la ciudadanía en la presentación telefónica de peticiones ciudadanas, relacionadas con la actuación de los servicios públicos y la presentación de los servicios públicos federales, así como en el desahogo de consultas sobre la gestión de trámites y servicios.

SISTEMA (SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL - ENSALUD - SPSS)	Acciones que en materia de protección social en salud provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.
---	--