

DOF: 30/12/2016

ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2017.

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

JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES, 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; 30 y 31, del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017 y 7, fracción XVIII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho humano que toda persona tiene a la protección de la salud;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece respecto de la Meta Nacional 2 México Incluyente, que la presente Administración pondrá especial énfasis en proveer una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos y evite que problemas inesperados de salud, sean un factor determinante en su desarrollo, para lo cual dispone, dentro del Objetivo 2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente, Estrategia 2.2.2. Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población, la línea de acción relativa a la promoción del desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los órdenes de gobierno y la sociedad civil;

Que acorde con lo anterior, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en su Objetivo 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, Estrategia 6.1 Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal, establece como una de sus líneas de acción la relativa a ampliar gradualmente las intervenciones cubiertas por el Sistema de Protección Social en Salud;

Que el Gobierno Federal ha garantizado la cobertura de servicios de la salud para todos los niños y niñas menores de cinco años, a través del Programa Seguro Médico Siglo XXI, el cual ha contribuido de manera significativa a preservar la salud de todos los niños y niñas en el país, financiando la atención médica completa e integral de aquéllos que no cuentan con ningún tipo de seguridad social, al tiempo que garantiza la afiliación inmediata de toda la familia al Sistema de Protección Social en Salud;

Que en términos de lo dispuesto por el artículo 30, párrafo primero y el Anexo 25, del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2016, el Programa Seguro Médico Siglo XXI, estará sujeto a las reglas de operación que se emitan, de conformidad con el artículo 77, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria;

Que el Programa Seguro Médico Siglo XXI no se contrapone, afecta o presenta duplicidad con otros programas o acciones del Gobierno Federal, en cuanto a diseño, beneficios, apoyos otorgados y población objetivo, y

Que los gastos indirectos del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el Ejercicio Fiscal 2017, se ajustarán a lo establecido en el Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de diciembre de 2012, en los Lineamientos para la aplicación y seguimiento de las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2013, así como en los Lineamientos por los que se establecen medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la Administración

Pública Federal, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 22 de febrero del 2016, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO

ARTÍCULO ÚNICO.- Se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el Ejercicio Fiscal 2017.

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO. Las tarifas e importes a los que se hacen referencia en el punto 5.3.3 de las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el Ejercicio Fiscal 2017, se harán públicos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en su página de Internet, dentro de los 60 días hábiles posteriores a la fecha de firma de los convenios de colaboración interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al Programa Seguro Médico Siglo XXI, que se suscriban por la Secretaría de Salud con el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

TERCERO. Aquellos menores beneficiarios del Programa Seguro Médico Siglo XXI, con intervenciones registradas en el Sistema Informático de dicho Programa durante los años 2012 a 2016, que requieran de su continuidad, seguirán siendo atendidos en los mismos términos y condiciones que dieron origen a tales intervenciones, aun en el supuesto de que cumplan cinco años de edad, durante la vigencia de las Reglas de Operación que mediante el presente Acuerdo se emiten.

CUARTO. Los padecimientos cubiertos por el Programa Seguro Médico Siglo XXI, diagnosticados a los beneficiarios durante la vigencia de sus derechos en dicho Programa, podrán ser elegibles al financiamiento correspondiente, aun cuando su tratamiento comience después de haber cumplido los cinco años de edad para lo cual los prestadores de servicios de atención médica deberán informar de inmediato a la unidad administrativa o servidor público designados para tal efecto por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a fin de que se proceda a su revisión y, en su caso, autorización de registro.

QUINTO. Los indicadores de desempeño del Programa Seguro Médico Siglo XXI podrán adecuarse, en términos de los comentarios que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social y la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, los cuales estarán disponibles en la página electrónica de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: www.seguro-popular.gob.mx.

Dado en la Ciudad de México, a los 23 días del mes de diciembre de 2016.- El Secretario de Salud, **José Ramón Narro Robles**.- Rúbrica.

REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017

Contenido

1. Introducción.
2. Glosario.
3. Objetivos.
 - 3.1. Objetivo general.
 - 3.2. Objetivo específico.
4. Lineamientos.
 - 4.1. Cobertura.
 - 4.2. Población.
 - 4.2.1. Población potencial.
 - 4.2.2. Población objetivo.
 - 4.2.3. Población atendida.
 - 4.3. Criterios de elegibilidad.

- 4.4. Requisitos de afiliación.
 - 4.5. Beneficios.
 - 4.6. Derechos, obligaciones y corresponsabilidades de los beneficiarios.
 - 4.6.1. Derechos.
 - 4.6.2. Obligaciones.
 - 4.6.3. Corresponsabilidades en materia de salud.
 - 4.7. Instituciones e instancias participantes.
 - 4.7.1. Entes normativos.
 - 4.7.2. Entes ejecutores.
 - 5. Mecánica de operación.
 - 5.1. Responsabilidades de los entes ejecutores.
 - 5.1.1. De la CNPSS.
 - 5.1.2. De la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
 - 5.1.3. De la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.
 - 5.1.4. De los gobiernos de las entidades federativas.
 - 5.1.5. De los prestadores de servicios con los que se suscriben convenios de colaboración para la atención de los beneficiarios del SMSXXI.
 - 5.2. Operación del SMSXXI.
 - 5.3. Características, periodicidad y forma de pago de los apoyos para la operación del SMSXXI.
 - 5.3.1. Apoyo económico a los SESA por incremento en la demanda de servicios.
 - 5.3.2. Apoyo económico para el pago de intervenciones cubiertas por el SMSXXI.
 - 5.3.3. Apoyo económico para el pago por prestación de servicios otorgados por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud.
 - 5.3.4. Apoyo económico para la realización del Tamiz Auditivo, para la detección de niñas y niños con Hipoacusia.
 - 5.3.5. Apoyo económico para realizar la evaluación del Desarrollo Infantil.
 - 5.3.6. Apoyo económico para el equipamiento de los Bancos de Leche Humana.
 - 5.3.7. Apoyo económico para el Tamiz Metabólico Semiampliado.
 - 5.4. De los recursos no destinados al fin.
 - 5.5. Padrón de beneficiarios.
 - 5.6. Prestación de servicios.
 - 5.6.1. Organización de los servicios.
 - 5.6.2. Acceso a los establecimientos de salud.
 - 5.6.3. Criterios para la atención médica de la población beneficiaria.
 - 5.6.4. Expediente clínico.
 - 5.6.5. Sobre la prestación indirecta de servicios médicos.
 - 5.6.6. Garantía en la Calidad.
 - 6. Informes programáticos presupuestarios.
 - 6.1. Programación del gasto.

- 6.2.** Ejercicio del gasto.
- 6.2.1.** Del monitoreo al ejercicio y comprobación de los recursos con los que opera el SMSXXI.
- 6.2.2.** Informes del ejercicio de los recursos.
- 6.2.3.** Comprobantes de transferencias de recursos.
- 6.3.** Avances físico-financieros.
- 6.4.** Cierre del ejercicio.
- 7.** De la cancelación de los apoyos del SMSXXI.
- 8.** Seguimiento operativo, control y auditoría.
- 8.1.** Seguimiento operativo.
- 8.2.** Indicadores de desempeño.
- 8.3.** Control y auditoría.
- 8.4.** Gastos indirectos.
- 9.** Contraloría Social.
- 10.** Evaluación.
- 11.** Transparencia.
- 12.** Quejas y denuncias.
- 13.** Atención a beneficiarios del Seguro Médico Siglo XXI víctimas del delito y de violaciones a derechos humanos.
- 14.** Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre.
- 15.** Anexos:
- Anexo 1.** Listado de intervenciones médicas cubiertas por el SMSXXI y sus tabuladores correspondientes;
- Anexo 2.** Concepto de gastos no cubiertos por el SMSXXI;
- Anexo 3.** Intervenciones cubiertas para menores de cinco años por el CAUSES del Sistema, en el primer y segundo niveles de atención;
- Anexo 4.** Intervenciones para menores de cinco años cubiertas por el FPGC del Sistema;
- Anexo 5.** Informe Trimestral del Ejercicio de los Recursos e instructivo de llenado;
- Anexo 6** Partidas de gasto para el apoyo económico a los SESA por incremento en la demanda de servicios;
- Anexo 7.** Proceso Sistema Seguro Médico Siglo XXI;
- Anexo 8.** Modelos de convenio de colaboración para la transferencia de recursos federales;
- Anexo 9.** Procedimiento de afiliación al SPSS para los beneficiarios del SMSXXI;
- Anexo 10.** Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2016;
- Anexo 11.** Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de junio del 2010, y
- Anexo 12.** Esquema de contraloría social del SMSXXI para el ejercicio fiscal 2017.

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, entre los diferentes estratos de ingreso en la población.

Reconociendo que nuestro sistema sanitario debe resolver las desigualdades en el acceso a los servicios médicos, las cuales 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, se identificaron 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 en favor de los grupos vulnerables que más las necesitan, entre los que se encuentran las niñas y niños.

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. Asimismo, como estrategia para lograr la disminución de la morbilidad neonatal e infantil, que está considerada un problema de salud pública universal, se mejorarán con tecnología en salud, los establecimientos para la atención médica que prestan servicios a la población beneficiaria del SMSXXI, ello con la finalidad de brindar atención eficaz en esta etapa del desarrollo así como mejorar las expectativas y calidad de vida saludable de los recién nacidos de este país.

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

Bajo este contexto, el SMSXXI surge como un elemento para financiar una cobertura integral en servicios de salud para los mexicanos menores de cinco años de edad, sin derechohabiencia de alguna institución de seguridad social; cobertura que engloba la atención preventiva, detección temprana de enfermedades, tratamiento oportuno y disminución de daños a la salud, con beneficios adicionales a los que hoy en día proveen los programas de salud pública y de vacunación universal, el SPSS, así como a las acciones en materia de salud de PROSPERA.

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 SMSXXI.

2. Glosario.

CALIDAD	Calidad en la Atención Médica.
CÁPITA	Recursos que por concepto de apoyo por incremento en la demanda deservicios se transfieren a la entidad federativa por cada una de las niñas y niños afiliados en el ejercicio vigente al SMSXXI, cuya familia se incorpore al Sistema.
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud.
CECASOEH	Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar.

CeNSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, órgano descentrado de la Secretaría de Salud.
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, órgano descentrado de la Secretaría de Salud.
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud, órgano descentrado de la Secretaría de Salud.
CUOTA FAMILIAR	Aportación familiar anual y anticipada que se determina de acuerdo a la condición socioeconómica de cada núcleo familiar beneficiario del Sistema, mediante la aplicación de la CECASOEH.
CURP	Clave Única de Registro de Población.
DESARROLLO INFANTIL	Desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y socio-emocional de los niños y niñas de 0 a 8 años de edad, de una manera integral para el cumplimiento de todos sus derechos (UNICEF).
DGAO	Dirección General de Afiliación y Operación de la CNPSS.
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud.
DGF	Dirección General de Financiamiento de la CNPSS.
DGIS	Dirección General de Información en Salud, de la Secretaría de Salud responsable de estimar la población de incorporación al Sistema.
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, unidad administrativa de la Secretaría de Salud.
DGPO	Dirección General del Programa Oportunidades de la CNPSS.
EQUIPO DE EMISIONES OTOACÚSTICAS	Aparato para detectar Hipoacusia en los recién nacidos.
EVENTO TERMINADO	Aquel evento en el que se especifique que el proceso de atención médica concluyó al ser resuelto el problema original motivo del internamiento, bien sea aquél que por su naturaleza no requiere de hospitalización pero sí seguimiento ambulatorio por la consulta externa o cirugía ambulatoria, y el médico tratante está especificando su egreso del servicio.
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
GESTORES DEL SEGURO POPULAR	Profesionalista en áreas afines a la salud cuya función principal se enfoca a la Tutela de Derechos de los afiliados al SPSS; ante los prestadores de servicios de salud que conforman la Red de Servicios de Salud a nivel nacional.
HIPOACUSIA	Sordera, pérdida de la capacidad auditiva.
IMPLANTES COCLEARES	Dispositivo destinado para la restauración parcial de la sensación auditiva en niñas y niños con Hipoacusia neurosensorial bilateral severa y profunda. Clave 531.095.0016 cuadro básico y catálogo de instrumental y equipomédico.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
IMSS PROSPERA	Programa del Gobierno Federal administrado por el IMSS.

INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
MAO	Módulos de Afiliación y Orientación, espacios físicos fijos y móviles conpersonal capacitado de los Regímenes Estatales responsables de afiliar y reafiliar a las personas y familias, así como de proporcionar información sobre trámites y servicios del SPSS.

NEUROHABILITACIÓN	Entrenamiento intensivo de conductas motrices normales, mediante la repetición temprana e intensiva de movimientos complejos sensoriomotores, que estimulan al sistema vestibular, favoreciendo el desarrollo motor normal.
OPD	ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO. Entidad de la Administración Pública Federal Paraestatal creada por ley o decreto del Congreso de la Unión, por decreto del Ejecutivo Federal o Estatal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, incluyendo sus equivalentes en las entidades federativas, que para efecto de las presentes Reglas de Operación, se encarguen de prestar servicios de salud a la persona.
PADRÓN	Relación nominal de las personas afiliadas al Sistema que contiene los elementos establecidos en el artículo 50 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación.
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017.
PÓLIZA DE AFILIACIÓN	Documento emitido por el Sistema de Administración del Padrón que sirve como comprobante de incorporación al SPSS.
PROSPERA	PROSPERA Programa de Inclusión Social.
REGÍMENES ESTATALES o REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.
REGLAS DE OPERACIÓN	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	El centro de llamadas que depende de la SFP, 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.
SAP	Sistema de Administración del Padrón del Sistema de Protección Social en Salud
SECRETARÍA	Secretaría de Salud.
SESA	Servicios Estatales de Salud.

SFP	Secretaría de la Función Pública.
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
SISTEMA o SPSS	Sistema de Protección Social en Salud.
SMSXXI	Programa Seguro Médico Siglo XXI.
SUG	Sistema Unificado de Gestión. Mecanismo para la atención, resolución y notificación de quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión.
TAMIZ AUDITIVO	Detección de Hipoacusia en recién nacidos.
TAMIZ METABÓLICO SEMIAMPLIADO	Detección en los recién nacidos de las siguientes enfermedades: hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, galactosemia y fenilcetonuria.
TESOFE	Tesorería de la Federación.
UNIDADES MÉDICAS ACREDITADAS	Establecimientos para la atención médica que cuentan con el dictamen de acreditación, DGES.

3. Objetivos.

3.1. Objetivo general.

Financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de las niñas y niños menores de cinco años de edad incorporados al Sistema, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud.

3.2. Objetivo específico.

Otorgar el financiamiento para que la población menor de cinco años de edad incorporados al Sistema cuente con un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia de atención médica y preventiva, complementaria a la contenida en el CAUSES y el FPGC.

4. Lineamientos.

4.1. Cobertura.

El SMSXXI tendrá cobertura en todo el territorio nacional donde habiten familias con niñas y niños menores de cinco años, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, 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 SMSXXI.

4.2. Población.

4.2.1. Población potencial: corresponde a la comunicada por la DGIS que considera a las niñas y niños menores de cinco años de edad, proyectados conforme a la metodología que ésta determine, y que no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social o que no cuentan con algún otro mecanismo de previsión social en salud.

4.2.2. Población objetivo: corresponderá al 80% de la población potencial, considerando que se trata de un aseguramiento voluntario.

4.2.3. Población atendida: estará constituida por las niñas y niños menores de cinco años afiliados y con adscripción a una Unidad Médica Acreditada del SPSS.

4.3. Criterios de elegibilidad.

Para ser elegibles como beneficiarios del SMSXXI, las niñas y niños, deberán:

- a) Ser residentes en el territorio nacional;

b) Ser menor de cinco años de edad, sin distinción 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, y

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

4.4. Requisitos de afiliación:

a) El titular del núcleo familiar, solicitará voluntariamente la afiliación del menor, y

b) Entregar en el MAO al momento de su afiliación, CURP o algún documento que la contenga. En caso de no contar con la misma, presentar original para su cotejo y entregar copia simple del Acta de Nacimiento o, del Certificado de Nacimiento expedido conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

Para el caso de no proporcionar alguno de estos documentos, el MAO procederá a llevar a cabo una afiliación temporal, a fin de que el titular o representante del núcleo familiar entregue el documento faltante en un plazo no mayor de 90 días naturales contados a partir de la fecha de incorporación del menor.

En caso de presentar únicamente el Certificado de Nacimiento, se podrá afiliar de manera provisional al menor por 365 días naturales, plazo en el cual se deberá entregar la CURP o el Acta de Nacimiento.

El personal del MAO emitirá la póliza de afiliación la cual surtirá efectos desde el mismo día de incorporación del menor, sin perjuicio de que se trate de una afiliación nueva o de la incidencia de alta de integrante menor de cinco años de edad en el núcleo familiar afiliado al SPSS.

Los demás integrantes del núcleo familiar deberán cumplir con los requisitos para ser beneficiarios del SPSS, establecidos en el artículo 77 bis 7 de la Ley General de Salud, en el Capítulo II del Título Tercero del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, así como en el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2016 y sus reformas (Anexo 10), mismos que pueden ser consultados en la página electrónica de la CNPSS: www.seguro-popular.gob.mx.

4.5. Beneficios.

Los menores beneficiarios del SMSXXI recibirán servicios de medicina preventiva y atención primaria a la salud, atención hospitalaria y de alta especialidad, a partir del día de su afiliación al SPSS 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 para la salud para los padecimientos que afectan a los beneficiarios del SMSXXI, en atención hospitalaria y de alta especialidad, cuyas principales patologías se mencionan en el Anexo 1.

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

a) Las intervenciones correspondientes a la atención primaria a la salud y atención hospitalaria que se encuentren contenidas en el CAUSES del SPSS, descritas en el Anexo 3, así como los medicamentos asociados, y

b) Las atenciones contempladas para las enfermedades cubiertas por el FPGC del Sistema aplicables a menores de cinco años de edad, descritas en el Anexo 4, así como a los medicamentos asociados.

Los recién nacidos conforme a lo definido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, o la que en su caso, le sustituya, recibirán los servicios en las condiciones antes mencionadas a partir del día de su nacimiento.

Los listados de los Anexos 3 y 4, que se refieren al CAUSES y al FPGC no son limitativos. Dichos Anexos se entenderán complementados con las intervenciones adicionales que, en su caso, se adicionen al CAUSES y al FPGC, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

La definición de las intervenciones, los tratamientos, los medicamentos y los demás insumos para la salud asociados a las enfermedades cubiertas por el SMSXXI, serán responsabilidad exclusiva de la CNPSS 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 Medicamentos e Insumos del Sector Salud.

4.6. Derechos, obligaciones y corresponsabilidades de los beneficiarios.

4.6.1. Derechos.

4.6.1.1. Los beneficiarios del SMSXXI, tendrán los siguientes derechos:

a) Recibir todos los beneficios especificados en el numeral 4.5 de las Reglas de Operación;

b) Recibir, por parte del personal de todas las dependencias, entidades, instituciones u organizaciones que ofrezcan servicios a los afiliados al SMSXXI, 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) Estar adscrito a una Unidad Médica Acreditada del primer nivel de atención de la red de servicios del SPSS;

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

f) Recibir atención médica en urgencias.

4.6.1.2. Los beneficiarios del SMSXXI, a través del titular del núcleo familiar, padres o tutores, tendrán los siguientes derechos:

a) Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, que les permita decidir libremente sobre la atención médica de los menores beneficiarios del SMSXXI, así como con la orientación que sea necesaria respecto a la atención de salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;

b) 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 SPSS; así como de los apoyos y orientación sobre los padecimientos e intervenciones cubiertos por el Sistema que podrán recibir de los Gestores del Seguro Popular;

c) Decidir libremente sobre la atención médica de los menores beneficiarios del SMSXXI;

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

e) Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;

f) No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban, concerniente a la cobertura del SMSXXI, y

g) Presentar quejas e inconformidades ante las diferentes instancias competentes por la falta o inadecuada prestación de servicios, a partir de dichas quejas e inconformidades recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que serán atendidas.

4.6.2. Obligaciones.

Es obligación de los titulares del núcleo familiar, padres o tutores de los menores beneficiarios del SMSXXI:

- a) Hacer buen uso de la Póliza de Afiliación 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 soliciten servicios de salud;
 - b) Proporcionar al prestador de servicios información oportuna, suficiente y veraz acerca del padecimiento del menor que motiva la solicitud de servicios;
 - c) Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;
 - d) Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud;
 - e) Hacer uso responsable de los servicios de salud;
 - f) Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al SPSS y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar;
 - g) Cubrir oportunamente las Cuotas Familiares y reguladoras del SPSS que, en su caso, les correspondan;
 - h) Informar en el MAO que les corresponda, cuando adquieran la derechohabiencia de alguna institución de seguridad social, a fin de darse de baja del Sistema, y
 - i) Cumplir con las corresponsabilidades en materia de salud descritas en el numeral 4.6.3 de las presentes Reglas de Operación.

4.6.3. 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 SMSXXI 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) Llevar al menor a aplicar su esquema de vacunación completo y cerciorarse de su registro en la Cartilla Nacional de Salud Niñas y Niños de 0 a 9 años;
 - c) Llevar al menor a la Unidad Médica Acreditada que corresponda para las revisiones preventivas 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: por lo menos cada seis meses.
 - d) Acudir con el menor beneficiario a las demás visitas médicas que sean recomendadas por el médico tratante;
 - e) Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre los antecedentes, necesidades y problemas de salud, y
 - f) Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamientos o procedimientos generales a los que hayan aceptado someterse.

4.7. Instituciones e instancias participantes.

4.7.1. Entes normativos.

a) Secretaría de Salud.

La rectoría del SMSXXI, es responsabilidad de la Secretaría que, conforme a las Reglas de Operación, determina la normativa para su instrumentación, operación, seguimiento y evaluación.

b) Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Como órgano descentrado de la Secretaría, la CNPSS 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 SPSS y al SMSXXI; y realizar las acciones necesarias para evaluar el desempeño y el impacto del SPSS, de los REPSS y del SMSXXI.

La CNPSS establecerá los mecanismos de coordinación necesarios para garantizar que las acciones del SMSXXI 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, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables, de proponer al Secretario de Salud, así como coordinar, dirigir, supervisar y evaluar, las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud; coordinar acciones con el CeNSIA y el CNEGSR; 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 SPSS en coordinación con las unidades administrativas competentes.

d) Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, por conducto de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es responsable, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables, 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 SPSS, así como desarrollar acciones en materia de Calidad, para la mejora continua en la atención médica que brindan las Unidades Médicas Acreditadas que presten servicios al SMSXXI.

4.7.2. Entes ejecutores.

Para la instrumentación, operación, seguimiento y evaluación del SMSXXI, las instancias ejecutoras serán la Secretaría, a través de la CNPSS, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, así como las entidades federativas, los OPD, el IMSS, el ISSSTE y los prestadores de servicios no gubernamentales, conforme a los convenios que se señalan en el numeral 5.2 de las Reglas de Operación.

5. Mecánica de operación.

El SMSXXI, 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 lo que, en el ejercicio de sus atribuciones, determinen la Secretaría de Gobernación y la SHCP, en sus ámbitos de competencia.

5.1. Responsabilidades de los entes ejecutores.

5.1.1. De la CNPSS.

A la CNPSS le corresponde:

- a)** Instrumentar el SMSXXI y formular sus criterios de operación;
- b)** Establecer los criterios específicos en materia de afiliación conforme a lo dispuesto en la normativa que regula al SPSS; la validación de los padrones estatales para la integración del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema, así como su administración;
- c)** Transferir los recursos para la instrumentación y operación del SMSXXI conforme a lo establecido en las Reglas de Operación, en los convenios de colaboración que se suscriban conforme a la normativa aplicable;
- d)** Gestionar y suscribir, según corresponda, con las entidades federativas, con los OPD, 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, supervisión y evaluación de la operación e impacto del SMSXXI;
- f)** Realizar la adquisición, distribución y aplicación de los recursos destinados para llevar a cabo la evaluación del Desarrollo Infantil;
- g)** Alinear acciones con otros programas para optimizar recursos a favor de los

beneficiarios, como es el caso con el PROSPERA, en coordinación con las instancias competentes;

h) Dar seguimiento a los apoyos del SMSXXI que ejerce las diferentes unidades de la Secretaría, en el ámbito de su competencia;

i) Participar en coordinación con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, en la elaboración de los criterios para el modelo de Bancos de Leche Humana, y

j) Atender las solicitudes de información, quejas y sugerencias que presenten los beneficiarios o ciudadanía en general, en el ámbito de su competencia.

5.1.2. De la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

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

a) Llevar a cabo las acciones conducentes, para la aplicación de la Estrategia de Prevención y Promoción para una Mejor Salud;

b) Garantizar la suficiencia de Cartilla Nacional de Salud Niñas y Niños de 0 a 9, en las entidades federativas;

c) Ejercer los recursos que le sean transferidos para la adquisición de Tamiz Auditivo, equipamiento de los Bancos de Leche Humana, así como Tamiz Metabólico Semiampliado.

I. En materia de Tamiz Auditivo:

i. Determinar la instancia de su adscripción que ejercerá los recursos y vigilará su distribución y aplicación;

ii. Definir las normas y procedimientos para el diagnóstico presuntivo y definitivo de Hipoacusia neurosensorial;

iii. Establecer los procedimientos administrativos y operativos de trasferencia de recursos a las entidades federativas 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;

iv. Verificar que las Unidades Médicas Acreditadas cuentan con el personal calificado para realizar la detección y seguimiento del manejo del beneficiario del SMSXXI con Hipoacusia; además de un espacio físico adecuado destinado específicamente para este fin;

v. Definir la población y el procedimiento para la detección de niñas y niños con Hipoacusia;

vi. Ejercer los recursos transferidos por la CNPSS por este concepto, e

vii. Informar trimestralmente a la CNPSS del ejercicio de los recursos transferidos, número de niños y niñas tamizados y su resultado.

II. En materia del equipamiento de los Bancos de Leche Humana:

i. Definir el equipamiento técnico para garantizar el procesamiento y la conservación de la leche humana;

ii. Establecer los procedimientos administrativos y operativos para su adquisición y distribución;

iii. Ejercer los recursos transferidos por la CNPSS por este concepto, e

iv. Informar trimestralmente a la CNPSS del ejercicio de los recursos transferidos.

III. En materia de Tamiz Metabólico Semiampliado:

i. Definir las normas y procedimientos para la detección, diagnóstico y confirmación de los defectos metabólicos: hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, galactosemia, fenilcetonuria, fibrosis quística y deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa;

ii. Establecer los procedimientos administrativos, metodológicos y operativos para la adquisición y distribución de insumos del tamiz neonatal (papel filtro, reactivos y las pruebas confirmatorias) y, en su caso, para la contratación del servicio para llevar a cabo el tamizaje para la detección oportuna de errores congénitos del metabolismo en neonatos (antes

referidos), para lo cual, el CNEGSR deberá establecer los requisitos técnicos, operativos y de calidad que deberán cumplir los insumos y/o prestadores de los servicios que para tal efecto se adquieran o contraten;

- iii. Ejercer los recursos transferidos por la CNPSS por este concepto;
- iv. Definir la población, y procedimientos para la detección de nuevos errores del metabolismo, e
- v. Informar trimestralmente a la CNPSS del ejercicio de los recursos transferidos.

5.1.3. De la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

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

a) Emitir el dictamen de acreditación a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a los establecimientos para la atención médica que participan en el SMSXXI, en los términos previstos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y en lo dispuesto en el Manual de Acreditación; así como para la mejora continua por los Lineamientos Técnicos Operativos del Comité de Calidad y Seguridad del paciente del Programa de Calidad en la Atención Médica, y

b) Emitir a los SESA un informe de hallazgos de los establecimientos para la atención médica que durante la evaluación no obtuvieron el dictamen de acreditación correspondiente.

5.1.4. De los gobiernos de las entidades federativas.

A los gobiernos de las entidades federativas, a través de las instancias administrativas facultadas, les corresponde:

a) Realizar acciones de difusión del SMSXXI e identificar a las personas o núcleos familiares susceptibles de ser afiliadas;

b) Afiliar a las personas o familias que manifiesten su voluntad de incorporarse al Sistema, mediante el personal del MAO y/o en las brigadas, con asesoría y apoyo de los Gestores del Seguro Popular;

c) Registrar las incidencias en el sistema de administración del Padrón para mantener actualizada la Póliza de Afiliación correspondientes al núcleo familiar del menor;

d) Aplicar, a través del personal del MAO o brigada de afiliación, la CECASOEH, referida en el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2016 y sus reformas;

e) Proporcionar al titular del núcleo familiar, la Carta de Derechos y Obligaciones, en la cual se describen las acciones médicas cubiertas por el Sistema, el SMSXXI y el FPGC;

f) Expedir la Póliza de Afiliación al Sistema en la que se hará constar el titular, los integrantes beneficiarios del núcleo familiar, la vigencia de sus derechos, la Unidad Médica que le corresponda y, en su caso, la cuota familiar correspondiente, explicando a la familia, los beneficios adicionales a los que el menor tiene derecho a través del SMSXXI;

g) Garantizar la prestación de los servicios de salud que se derivan de las acciones preventivas, y vigilar la atención de las intervenciones cubiertas por el SMSXXI; así como las que provengan del CAUSES y del FPGC en las Unidades Médicas prestadoras de servicios que integran la red de prestadores del Programa;

h) Gestionar, administrar, ejercer, informar y comprobar los recursos transferidos para la instrumentación y ejecución del SMSXXI conforme a lo establecido en las Reglas de Operación y en los convenios específicos correspondientes, con estricta observancia de lo dispuesto por las disposiciones jurídicas aplicables tanto federales como locales;

i) Asegurar el abasto oportuno de medicamentos en sus Unidades Médicas Acreditadas por sí o a través de las acciones que las disposiciones jurídicas prevean para tal efecto;

j) Informar semestralmente a la CNPSS sobre las condiciones de acceso de los beneficiarios a los servicios de salud;

k) Promover la acreditación de los establecimientos para la atención médica, efectuando acciones de supervisión integral que permitan asegurar los niveles de Calidad y cobertura que establece el SMSXXI;

l) Realizar el seguimiento operativo del SMSXXI 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 CNPSS;

m) Proporcionar a la Secretaría de Salud Estatal o su equivalente 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 SMSXXI dentro de su ámbito territorial de competencia;

n) Instrumentar y operar la Contraloría Social, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo por el que se establecen los lineamientos para la promoción y operación de la contraloría social en los programas federales de desarrollo social publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de abril del 2008;

o) Informar a la CNPSS los cambios en relación a la acreditación de las Unidades Médicas Acreditadas que integran la red de prestadores del SMSXXI, y

p) Emitir opinión respecto a las solicitudes realizadas por la CNPSS, para la actualización de las Reglas de Operación.

5.1.5. De los prestadores de servicios con los que se suscriben convenios de colaboración para la atención de los beneficiarios del SMSXXI.

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

5.2. Operación del SMSXXI.

Para lograr la adecuada operación del SMSXXI y garantizar la prestación de los servicios, aun en aquellas localidades en las que los SESA no cuentan con Unidades Médicas Acreditadas instaladas, la CNPSS y/o las entidades federativas podrán suscribir convenios con el IMSS, tanto en su régimen obligatorio como con el IMSS-PROSPERA, con el ISSSTE, y con otras instituciones públicas proveedoras de servicios del Sistema Nacional de Salud. 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; en este último caso la solicitud deberá ser a través de los SESA al REPSS, quien hará las gestiones ante la CNPSS.

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 normativa aplicable, observando las disposiciones federales correspondientes dada la naturaleza de los recursos transferidos;

5.3. Características, periodicidad y forma de pago de los apoyos para la operación del SMSXXI.

El SMSXXI es un Programa Federal, público y de afiliación voluntaria, su costo es cubierto mediante un subsidio federal proveniente de recursos presupuestarios autorizados en el PEF, que complementan los recursos que las entidades federativas reciben de la Federación vía Ramo 12 y del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del Ramo 33, destinados a la prestación de servicios médicos.

Los montos aplicables para estos apoyos estarán en función del desarrollo del SMSXXI.

El envío a las entidades federativas y prestadores de servicios no SESA de los apoyos económicos, en sus distintos conceptos, se realizará mediante transferencia electrónica, a través del Sistema Integral de Administración Financiera Federal, administrado por la SHCP, a las cuentas bancarias productivas que se dispongan para este efecto. La transferencia de recursos de los apoyos para la operación del SMSXXI correspondiente al año 2017, se hará

una vez formalizado el convenio de colaboración que la Secretaría, las entidades federativas y los prestadores de servicios no SESA celebren en los casos que procedan y en función de la disponibilidad presupuestaria. El Anexo 8 de las Reglas de Operación, contiene los modelos de convenio de colaboración para la transferencia de recursos federales a los que deberán sujetarse.

5.3.1. 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 menor de cinco años, cuyo núcleo familiar se incorpore al SPSS en el 2017.

Esta Cápita obedece a la sobredemanda que potencialmente se origina en razón de la mayor concentración de nuevos núcleos familiares afiliados al SPSS con recién nacidos y sus requerimientos de atención en el primer año de vida, principalmente durante los primeros 28 días, así como los menores de cinco años que se ubican en el supuesto de elegibilidad del SMSXXI, por lo que los recursos por este concepto servirán para apoyar el exceso de demanda de los servicios de salud en el primer nivel del CAUSES en el SPSS; no obstante, dichos recursos deberán ser destinados a los fines autorizados y ejercidos por las entidades federativas en el primer nivel de atención, en las partidas de gasto establecidas en el Anexo 6 de las presentes Reglas de Operación.

b) Forma de pago.

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 DGAO de la CNPSS, quien a su vez notificará a la DGF de la CNPSS, para que se realice la transferencia de los recursos a las entidades federativas de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria existente.

Los recursos transferidos en cuyo informe (Anexo 5) sobre su ejercicio se identifique que no corresponden a las partidas de gasto establecidas en el Anexo 6 de las Reglas de Operación, serán considerados como recursos no aplicados al fin a que fueron destinados, en términos del numeral 5.4 de las Reglas de Operación, por lo que las entidades federativas deberán reintegrarlos a la TESOFE, en términos de las disposiciones aplicables, junto con los intereses que se hayan generado y conforme a lo dispuesto en el convenio de colaboración correspondiente.

De acuerdo a la disponibilidad presupuestaria existente, se podrán cubrir con cargo a los recursos del ejercicio fiscal 2017, la afiliación de la población objetivo del SMSXXI validada por la DGAO durante el ejercicio fiscal 2016, no cubiertas durante el mismo.

5.3.2. Apoyo económico para el pago de intervenciones cubiertas por el SMSXXI.

a) Características.

Las intervenciones cubiertas por el SMSXXI descritas en el Anexo 1 de las Reglas de Operación son acciones de atención hospitalaria y de alta especialidad que no están contempladas en el FPGC y complementarias a las intervenciones en menores de cinco años de edad del CAUSES. Estas acciones se cubrirán mediante el reembolso de cada intervención integral realizada a los beneficiarios del SMSXXI y procederá para Eventos Terminados, es decir, padecimientos que han sido resueltos, salvo aquéllos que ameritan tratamiento de continuidad. El monto a cubrir por cada una de estas intervenciones se determinará conforme a las tarifas del tabulador establecido en el Anexo 1 de las Reglas de Operación.

Para los casos de las intervenciones de Hipoacusia neurosensorial, implantación de prótesis coclear, trastornos innatos del metabolismo y enfermedades del sistema nervioso que requieran rehabilitación física y neurosensorial el registro se hará al sustentar el diagnóstico. Será responsabilidad del prestador que registra el caso y del médico validador, demostrar que el paciente recibió la prótesis auditiva externa, el implante coclear, tratamiento de sustitución, y la rehabilitación física y neurosensorial. El cumplimiento oportuno de lo establecido en el presente párrafo será responsabilidad del REPSS.

Para la intervención denominada Implantación prótesis cóclear, la Unidad Médica Acreditada para la colocación del dispositivo, será responsable de la indicación médica y la adquisición del implante coclear (Cuadro Básico de Instrumental y Equipo Médico Clave: 531.095.0016) con apego a las disposiciones normativas aplicables.

Para cubrir las intervenciones a que se refiere este numeral, se observará lo siguiente:

- 1) 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;
- 2) 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;
- 3) 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, en el primer registro podrá incluirse el costo del diagnóstico. El registro se realizará cada dos meses. Todo deberá estar sustentado en el expediente administrativo que deberá estar en la unidad médica que atiende al beneficiario y registra el caso, y deberá ser verificado en cada caso antes de su validación. En el caso de las enfermedades del sistema nervioso que incluyen rehabilitación física y neurosensorial el registro se hará bimestralmente posterior a la rehabilitación que reciba el beneficiario e incluirá sólo el monto del diagnóstico (en el primer registro), la terapia y en su caso, los insumos o medicamentos especializados utilizados;
- 4) En el caso de las intervenciones realizadas a los beneficiarios del SMSXXI y que no se enlisten en el tabulador del Anexo 1 de las Reglas de Operación, la CNPSS estará facultada para determinar si son elegibles de cubrirse con el SMSXXI 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, y será verificada de acuerdo al expediente administrativo de cada caso antes de la validación del caso;
- 5) No se cubrirán las acciones e intervenciones listadas en el Anexo 2 de las Reglas de Operación;
- 6) En el caso de los hospitales privados, solamente se pagarán las intervenciones asociadas a un tabulador, enlistadas en el Anexo 1 de las Reglas de Operación, y
- 7) En función de la frecuencia de intervenciones no cubiertas por el SMSXXI, la disponibilidad presupuestaria y la conveniencia de incluirlas en el SMSXXI, la CNPSS 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 prestadores participantes.

Los nuevos listados de intervenciones cubiertas por el SMSXXI 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 Programa durante el ejercicio fiscal 2016, no incluidas en el CAUSES o en el FPGC, que sean registradas por el prestador de servicios y validadas por los REPSS u OPD, según sea el caso antes del 31 de enero de 2017. De acuerdo a la disponibilidad presupuestaria existente, se pondrán cubrir con cargo a los recursos del ejercicio fiscal 2017, los casos validados durante el ejercicio fiscal 2015 y 2016, cuya información se haya entregado completa, hayan sido validados y no fueron cubiertas durante el mismo.

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

b) Forma de pago y periodicidad.

En los eventos realizados en Unidades Médicas Acreditadas, se transferirá el monto correspondiente al tabulador señalado en el Anexo 1 de las Reglas de Operación. Para las atenciones realizadas en establecimientos para la atención médica no acreditados, se transferirá el 50 por ciento del citado tabulador y de la tarifa aplicada a las intervenciones no contempladas en el Anexo 1 y que a criterio de la CNPSS son elegibles de cubrirse. Una vez lograda la acreditación del establecimiento para la atención médica, los SESA y/o el REPSS, deberán informarlo a la CNPSS y enviar el comprobante de tal acreditación, para que se actualice el estatus en el Sistema Informático SMSXXI para que, a partir de entonces, sean cubiertas las intervenciones realizadas por el prestador como Unidad Médica

Acreditada. Este apartado sólo es aplicable a los SESA. En todos los casos, los beneficiarios no deberán haber cubierto ninguna cuota de recuperación.

Será obligación de la entidad federativa mantener actualizada la red de prestadores de servicios del SMSXXI en el Sistema Informático, e informar a la CNPSS cualquier cambio en los datos de las unidades médicas en cuanto a nombre, Clave Única de Establecimiento de Salud, domicilio y el estatus de acreditación de las Unidades Médicas.

Para el pago de Implantación de prótesis coclear, así como de enfermedades del sistema nervioso que incluyen rehabilitación física y neurosensorial, señaladas en el Anexo 1, de este ordenamiento, se requiere la acreditación específica para esos efectos del establecimiento para la atención médica. Para la adquisición de los implantes, la CNPSS incluirá el costo del mismo en la intervención 33 del Anexo 1 de las Reglas de Operación. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos será responsabilidad de la Unidad Médica Acreditada prestadora de servicios. El registro del caso deberá realizarse en el Sistema Informático SMSXXI o equivalente en su caso, al efectuar el diagnóstico y la programación del procedimiento quirúrgico.

El recurso de este apoyo se utilizará para el fortalecimiento y mejora de la atención del menor de cinco años de edad en las unidades médicas prestadoras de servicios a los beneficiarios del SMSXXI.

Los OPD y prestadores privados deberán demostrar su acreditación, mediante el dictamen correspondiente para la firma del convenio.

En el caso de las intervenciones con tabulador "pago por facturación" se deberá registrar en el Sistema Informático del SMSXXI el monto total correspondiente a la intervención que se encuentre en el expediente administrativo de cada uno de los casos, la cual será cubierta por reembolso previa validación del caso.

La solicitud deberá ser presentada por los REPSS para el caso de los SESA; para el reembolso en los casos atendidos por un proveedor distinto, sea éste un Instituto Nacional de Salud, hospital público o privado, la CNPSS establecerá los convenios correspondientes. Será obligación de estas instituciones informar a los REPSS los casos que han atendido y que han puesto a consideración de la CNPSS para su reembolso.

El registro de los casos se hará a través del Sistema Informático del SMSXXI, que para tal efecto se ha establecido, cuyo proceso se especifica en el Anexo 7 de las Reglas de Operación. Será responsabilidad exclusiva de los prestadores de servicios de atención médica su correcto registro y la veracidad de esta información del médico que valida cada una de las declaratorias de caso para su financiamiento. Así como será responsabilidad del médico designado para la validación de casos susceptibles de pago en el REPSS u OPD, comprobar el cumplimiento de la normativa aplicable de cada expediente clínico y en su caso los datos administrativos. Los entes ejecutores y demás autoridades competentes podrán requerir a los prestadores de servicios información de los casos registrados en el Sistema informático SMSXXI.

Tratándose de un prestador OPD, el médico tratante que registra el caso deberá ser determinado por el Director de la Unidad Médica Acreditada, y el caso validado por el propio Director de la citada Unidad Médica Acreditada, si el caso es devuelto para revisión deberá enviar la información complementaria a la dirección competente de la CNPSS; para las Unidades Médicas de los SESA y los hospitales privados, el médico tratante que registra el caso será determinado por el Director de la Unidad Médica Acreditada y los REPSS (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 deberá enviar la información complementaria a la dirección competente de la CNPSS.

Las direcciones competentes de la CNPSS (perfil médico CNPSS) revisarán el registro de los casos, verificando que contengan la información requerida que permita su autorización; de proceder, autorizarán los montos para pago; y, enviarán a la DGF un informe de los casos en que proceda el reembolso, para que ésta, a su vez, realice la transferencia de recursos de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria existente. 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 CNPSS al prestador del servicio con quien se haya suscrito el

convenio de colaboración.

Las Unidades Médicas deberán mantener en el expediente, todos los documentos clínicos relacionados con el caso, copia de la Póliza de Afiliación, y si el caso corresponde a una intervención de "pago por facturación", o es de aquéllas no enlistadas en el Anexo 1 de las Reglas de Operación deberá mantenerse el expediente administrativo con el monto que se registró y validó por un plazo de 5 años, contados a partir de la última atención otorgada. La CNPSS podrá solicitar cualquier información adicional de los casos cuyo reembolso haya sido solicitado, en el formato que se establecerá para tal fin y que será publicado en el portal del Sistema Informático SMSXXI.

La CNPSS no pagará las intervenciones cuya información requerida para su autorización no sea proporcionada, cuando la calidad de la información recibida no permita su adecuada autorización, o cuando durante el proceso de autorización, se determine la improcedencia del reembolso. Estas intervenciones se quedarán de igual forma, registradas en el mismo Sistema Informático del SMSXXI.

Para efectos del pago a que se refiere el presente inciso, los casos registrados en el Sistema Informático del SMSXXI o su equivalente en su caso, podrán ubicarse en alguno de los siguientes supuestos:

- 1) Registrado: Caso reportado al Sistema Informático del SMSXXI o equivalente, en su caso, por la Unidad Médica prestadora de servicios;
- 2) Validado: El personal determinado por el Director del REPSS u OPD, ha revisado y acepta el caso como susceptible de pago;
- 3) Autorizado: Caso susceptible de pago, por lo que es enviado a la DGF para su procedencia;
- 4) Devuelto para revisión: El caso registrado y/o validado no cumple con los datos administrativos para su autorización, se devuelve para revisión del REPSS u OPD y/o corrección de información, e
- 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 SMSXXI, realizadas durante el 2016, se seguirá el mismo procedimiento descrito en el presente inciso, siempre que los casos hayan sido presentados por los REPSS, prestadores OPD o privados con la totalidad de la información y validados antes del 31 de enero de 2017. Lo dispuesto en el presente párrafo no será aplicable para las intervenciones que se incorporan en las Reglas de Operación, sólo serán financiadas aquéllas que sean registradas a partir del 1 de enero de 2017.

Transcurrido el plazo a que se refiere la primera parte del párrafo anterior, sin que se haya presentado la totalidad de la información correspondiente, se procederá a la automática inhabilitación de los registros que no se hayan validado. Los registros validados correspondientes al corte 2016 que no hubieren cumplido con los datos administrativos para su autorización, no serán devueltos mediante el Sistema Informático SMSXXI o equivalente en su caso ya que el sistema no permitirá ningún cambio en el estatus o información de ningún caso 2016 por parte del prestador o validador, la información complementaria se solicitará mediante correo electrónico, y por este mismo medio se enviarán los sustentos y/o desglose del tabulador en el formato que se establecerá para tal fin y que será publicado en el portal del Sistema Informático SMSXXI.

5.3.3. Apoyo económico para el pago por prestación de servicios otorgados por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud.

a) Características.

En las localidades en donde no existan Unidades Médicas Acreditadas de los SESA, los servicios de salud al beneficiario del SMSXXI podrán ser prestados por los establecimientos para la atención médica de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con lo establecido en el convenio de colaboración suscrito previamente para estos propósitos.

1) 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 Siglo XXI, antes denominado Seguro Universal de Salud para Niños o Seguro Médico para una Nueva Generación, suscritos o que se suscriban por la Secretaría y el IMSS e 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 CNPSS .

o El importe por traslados en ambulancia de pacientes del SMSXXI del establecimiento para la atención médica de las instituciones señaladas a uno de atención hospitalaria o de alta especialidad de los SESA, se determinará conforme a lo establecido en los convenios suscritos con la Secretaría.

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

o Para estos efectos, se podrá celebrar, en su caso y conforme a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, un Convenio Específico de Coordinación Interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al SMSXXI, por la CNPSS, la Delegación correspondiente del IMSS y los SESA, por virtud del cual se otorguen a los beneficiarios del SMSXXI los servicios de salud; lo anterior conforme al convenio marco celebrado con el IMSS a que se refiere el primer párrafo de este numeral.

2) En el caso de la prestación de servicios otorgados por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud:

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

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

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 SMSXXI.

De acuerdo a la disponibilidad presupuestaria existente, se pondrán cubrir con cargo a los recursos del ejercicio fiscal 2017, los casos validados durante el ejercicio fiscal 2016, no cubiertas durante el mismo.

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

5.3.4. Apoyo económico para la realización del Tamiz Auditivo, para la detección de niñas y niños con Hipoacusia.

a) Características.

Para el Tamizaje Auditivo, se podrán utilizar los recursos del SMSXXI para que el CNEGSR trasiera a las entidades federativas para la adquisición de Equipos de Emisiones Otoacústicas en las Unidades Médicas Acreditadas que se requiera. 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 y contar con una alta dispersión de la población.

Estos equipos se utilizarán de manera prioritaria, mas no exclusiva, en la población objetivo del SMSXXI. La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, a través del CNEGSR tendrá la responsabilidad de definir las especificaciones técnicas de los equipos y las Unidades Médicas Acreditadas en las que se llevará a cabo la atención.

Los equipos serán adquiridos por los SESA, conforme a la normativa aplicable, para su

registro, resguardo y utilización. El mantenimiento preventivo y correctivo del equipo será responsabilidad y estará a cargo de los recursos propios de la entidad federativa a la que corresponda el SESA.

A todos los menores beneficiarios del SMSXXI se les deberá practicar sin costo la prueba Tamiz Auditivo y sin cargo adicional para el SMSXXI.

b) Formas de pago y periodicidad.

Para el equipamiento de las Unidades Médicas Acreditadas, la CNPSS trasferirá los recursos al CNEGSR, con base en la solicitud fundamentada de este Centro y la disponibilidad presupuestaria, misma que deberá ser enviada durante el primer trimestre del año.

El CNEGSR será responsable de trasferir a las entidades federativas el recurso para la adquisición del equipo, conforme a la normativa aplicable, para su custodia y utilización.

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud a través del CNEGSR tendrá la responsabilidad de definir las especificaciones técnicas de los equipos y las Unidades Médicas Acreditadas en las que se llevará a cabo la atención.

El CNEGSR informará trimestralmente a la CNPSS, lo siguiente:

- 1) Número de niñas y niños tamizados y su resultado;
- 2) Estrategia y programa de asignación de los recursos;
- 3) Estado del ejercicio de los recursos y el resultado del proceso de adjudicación y costos a nivel estatal;
- 4) Informe de recursos transferidos, ejercidos, comprobados y reintegrados del total de los recursos;
- 5) Relación de Unidades Médicas Acreditadas con equipo adquirido, y
- 6) Fecha de puesta en marcha de cada equipo y su productividad.

5.3.5. Apoyo económico para realizar la evaluación del Desarrollo Infantil.

a) Características.

El Tamiz de Desarrollo Infantil se realiza a través de la prueba validada en población mexicana, que evalúa cinco ejes del desarrollo:

- 1) Factores de riesgo biológico;
- 2) Exploración neurológica;
- 3) Señales de alerta;
- 4) Señales de alarma, y
- 5) Áreas del desarrollo (motor grueso, motor fino, lenguaje, social y conocimiento).

De acuerdo al resultado obtenido de la prueba de tamizaje a toda niña o niño mayor de 16 meses que así lo requiera se le realizará la prueba diagnóstica de Desarrollo Infantil que identifique el cociente total de desarrollo y áreas afectadas de la niña o niño, misma que deberá incluir los dominios (motor, comunicación, cognitivo, adaptativo y personal social), y subdominios (motor fino, motor grueso, perceptual, comunicación expresiva, comunicación receptiva, razonamiento y habilidades académicas, percepción y conceptos, atención y memoria, interacción con adultos, interacción con pares, rol social y autoconcepto, autocuidado y responsabilidad personal).

El manejo se realizará a través de un programa de estimulación temprana basado en los períodos críticos del desarrollo neurológico, incluyendo actividades para estimular las áreas del lenguaje, conocimiento, social, motor grueso y fino.

La estimulación temprana deberá activar los cinco sentidos, considerados sistemas organizadores de la integración sensorial. Así como técnicas que facilitan la adecuada integración de las habilidades motoras determinadas por expertos en Neurodesarrollo infantil.

El referido programa de estimulación temprana, está encaminado a desarrollar y potenciar habilidades cognitivas relacionadas con destrezas visio-motoras, constancia de forma, percepción de figura-fondo, aspectos básicos para la integración del lenguaje oral y

escrito y el pensamiento matemático, actividades que incorporen material didáctico previamente estandarizado en población mexicana; promoviendo el óptimo desarrollo para integrar exitosamente a la niña o niño a la vida escolar.

También deberá contener explicaciones claras y precisas sobre los juegos y juguetes adecuados para cada rango de edad, ideales para la aplicación del mismo.

b) Forma de pago y periodicidad.

Para realizar la evaluación del Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana, la DGF transferirá los recursos a la DGPO, con base en la solicitud fundamentada de esta Dirección y la disponibilidad presupuestaria. La aplicación y el ejercicio de estos recursos será responsabilidad de la DGPO. Asimismo, será responsable de establecer los criterios, procedimientos administrativos y operativos necesarios para su adquisición, distribución y aplicación en las mejores condiciones posibles, en cuanto a la calidad, precio, seguridad y oportunidad en el abasto de las mismas, con apego a las disposiciones normativas aplicables, e informará trimestralmente a la unidad administrativa responsable de la operación del SMSXXI en la CNPSS lo siguiente:

1. Estrategia y programa de aplicación de la evaluación del Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana;
2. Estado del ejercicio de los recursos trasferidos;
3. Resultado del proceso de adjudicación y costos;
4. Distribución de las pruebas por entidad federativa, y
5. Número de pruebas realizadas y resultados por entidad federativa.

5.3.6. Apoyo económico para el equipamiento de los Bancos de Leche Humana.

a) Características.

Para el fomento de la lactancia materna se contribuye a garantizar las circunstancias deseables para el correcto procesamiento y conservación de la leche humana, para que la misma pueda ser administrada a los menores de seis meses de edad, y reciban los beneficios que otorga la lactancia materna, como es la disminución en la tasa de infecciones, estancias hospitalarias más cortas en los prematuros y disminución de la colonización por organismos patógenos. Los recursos que por este concepto se transfieran se destinarán exclusivamente a la adquisición de equipos para los Bancos de Leche Humana.

b) Forma de pago y periodicidad.

Para el equipamiento de los Bancos de Leche Humana, la CNPSS transferirá los recursos al CNEGSR, con base en la solicitud fundamentada de este Centro misma que será enviada durante el primer trimestre del ejercicio fiscal correspondiente, y la disponibilidad presupuestaria. La CNPSS participará con el CNEGSR en la elaboración del modelo de Banco de Leche Humana que en lo sucesivo se aplicará en las entidades federativas que reciban el apoyo.

El CNEGSR establecerá las bases para la trasferencia de recursos a la DGPLADES para la adquisición de equipamiento y fortalecimiento de la infraestructura, e informará trimestralmente a la CNPSS lo siguiente:

1. Informe de actividades y avances de las entidades federativas que recibieron el apoyo;
2. Estrategia y programa de adquisición de equipo;
3. Estado del ejercicio de los recursos;
4. Resultado del proceso de adjudicación y costos;
5. Distribución por entidad federativa (relación de hospitales que recibieron el equipo), y
6. Fecha de puesta en marcha de cada Banco de Leche Humana y su productividad.

5.3.7. Apoyo económico para el Tamiz Metabólico Semiampliado.

a) Características.

Respecto del Tamiz Metabólico Semiampliado, con recursos del SMSXXI, se adquirirán

los insumos (papel filtro, reactivos y material consumibles) o se contratarán los servicios para la realización de pruebas de detección y las pruebas confirmatorias para todos los sospechosos detectados y de seguimiento para todos los confirmados, para hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, galactosemia, fenilcetonuria, fibrosis quística y deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa. La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud a través del CNEGSR tendrá la responsabilidad de la programación y distribución de estos insumos, así como, en su caso, de realizar los procedimientos para la contratación para llevar a cabo el tamizaje para la detección oportuna de errores congénitos del metabolismo en neonatos, para lo cual deberá establecer los requisitos técnicos, operativos y de calidad que deberán cumplir los insumos y/o prestadores de los servicios que para tal efecto se adquieran o contraten. 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 SMSXXI.

b) Forma de pago y periodicidad.

Para la adquisición de insumos (papel filtro, reactivos y material consumibles) o la contratación de servicios para el Tamiz Metabólico Semiampliado y para las pruebas confirmatorias y de seguimiento, la CNPSS transferirá los recursos al CNEGSR, con base en la solicitud fundada de este último que será enviada durante el primer trimestre del ejercicio fiscal 2017, y la disponibilidad presupuestaria. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos serán responsabilidad del CNEGSR. Asimismo, dicho Centro será el responsable de establecer los procedimientos administrativos, metodológicos y operativos necesarios para su adquisición, distribución y aplicación y, en su caso, contratación en las mejores condiciones posibles, encuanto a la calidad, precio, seguridad y oportunidad en el abasto de los mismos, con apego a las disposiciones normativas aplicables e informará trimestralmente a la CNPSS lo siguiente:

1. Estrategia y programa de consumo de reactivos y/o número de pruebas contratadas y realizadas;
2. En su caso, la descripción detallada de los servicios requeridos para la aplicación de la prueba Tamiz Metabólico Semiampliado;
3. Estado del ejercicio de los recursos;
4. Resultado del proceso de adjudicación y costos,
5. Distribución por entidad federativa, y/o número de pruebas contratadas por entidad federativa, y
6. Número de beneficiarios y sus resultados.

5.4. De los recursos no destinados al fin.

Los recursos del SMSXXI para los apoyos que se encuentran en los numerales 5.3.1, 5.3.4, 5.3.5, 5.3.6 y 5.3.7 de las Reglas de Operación, que no hayan sido destinados a los fines autorizados, deberán ser reintegrados a la TESOFE, así como el entero de los rendimientos que se hubieren generado, previa determinación de los órganos fiscalizadores competentes.

Para el caso de las intervenciones descritas en los numerales 5.3.2 y 5.3.3 de las Reglas de Operación, se considerará como recursos no aplicados al fin a que fueron destinados, cuando se determine que tales intervenciones no fueron realizadas o cuando se determine que existen inconsistencias en el expediente médico. En estos supuestos la CNPSS solicitará el reintegro de los recursos correspondientes incluyendo los rendimientos respectivos de conformidad con las disposiciones aplicables.

Cuando la CNPSS tenga conocimiento de alguno de los supuestos establecidos en los párrafos anteriores, oportunamente deberá hacerlo de conocimiento a los órganos fiscalizadores competentes (Auditoría Superior de la Federación, Secretaría de la Función Pública, Contralorías Estatales, y/u órganos fiscalizadores Estatales), a efecto de que éstos realicen las acciones que procedan.

5.5. Padrón de beneficiarios.

Para la instrumentación y operación del SMSXXI se integrarán al Padrón los componentes que resulten necesarios a fin de estar en posibilidad de registrar y generar la información específica de los beneficiarios del SMSXXI. El Padrón será integrado y administrado de

conformidad con las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, en el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2016 y sus reformas, y demás ordenamientos que resulten aplicables.

La CNPSS, a través de la DGAO, será responsable de mantener el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema actualizado, referenciando a los beneficiarios, por localidad, municipio y entidad federativa, de acuerdo a las claves del INEGI. Para tales efectos, los REPSS deberán remitir, conforme al calendario autorizado por la DGAO, la información relativa a las incidencias de los beneficiarios del SMSXXI.

Al Padrón de beneficiarios le será aplicable, en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, lo previsto en el artículo 51, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, toda vez que los datos del menor y los de sus familiares se incorporan al Padrón.

La construcción del Padrón de Beneficiarios del SMSXXI se llevará a cabo conforme al modelo de estructura de datos del domicilio geográfico establecido en el Acuerdo por el que se aprueba la Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos, emitida por la Junta de Gobierno del INEGI de fecha 8 de noviembre de 2010, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de noviembre de 2010. 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 SHCP y la SFP, respectivamente.

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

COMPONENTES		
ESPACIALES	DE REFERENCIA	GEOESTADÍSTICOS
Vialidad	No. Exterior	Área Geoestadística Estatal o de la Ciudad de México
Carretera	No. Interior	Área Geoestadística Municipal o Delegacional
Camino	Asentamiento Humano	Localidad
	Código Postal	
	Descripción de Ubicación	

5.6. Prestación de servicios.

5.6.1. Organización de los servicios.

Los SESA, a través de los REPSS, deberán cumplir con las responsabilidades descritas en el numeral 5.1.4, con el fin de garantizar los servicios de salud para los beneficiarios del SMSXXI.

Para garantizar el carácter integral de los servicios, los REPSS 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 SMSXXI, deberán estar supeditadas orgánicamente a las jurisdicciones sanitarias y conformarse con la cantidad y distribución de centros de salud de atención primaria existentes para brindar una atención cercana y oportuna a los beneficiarios. Dichos establecimientos para la atención médica deberán estar vinculados con una Unidad Médica Acreditada de atención hospitalaria que 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 Acreditadas que proporcionen los servicios en las demás especialidades de la medicina que comprenden el conjunto de atenciones que garantizan el SMSXXI y el Sistema.

5.6.2. Acceso a los establecimientos de salud.

El acceso de los beneficiarios a los establecimientos de atención primaria, se realizará de conformidad al programa de visitas médicas establecido en el apartado de Corresponsabilidades en materia de salud descrito en el punto 4.6.3 de las Reglas de Operación, 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 de la niña o niño y de la familia.

El acceso de los beneficiarios a los establecimientos de atención hospitalaria o de alta especialidad, 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.

En todos los casos para el acceso a los servicios cubiertos por el SMSXXI, se deberá exhibir la Póliza de Afiliación al Sistema, de ser el caso el personal médico o Gestores del Seguro Popular deberán orientar al representante o tutor del menor en el trámite de afiliación o reafiliación, los requisitos, así como la ubicación del MAO más cercano.

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

Los REPSS asignarán a cada niña o niño y su familia una Unidad Médica Acreditada, que será responsable de su atención primaria. Para agilizar los procedimientos de atención médica es conveniente que el afiliado realice todos sus trámites bajo la tutela y orientación del Gestor del Seguro Popular, a efecto de facilitar el trámite respectivo y disipar aquellas dudas que pudiera tener el titular del núcleo familiar.

Los beneficiarios del SMSXXI deberán acudir acompañados por sus padres, sus tutores o algún familiar mayor de edad, que recibirá la información necesaria y suficiente para determinar un diagnóstico acertado en sus problemas de salud; debiendo presentar invariablemente su Póliza de Afiliación al Sistema y su Cartilla Nacional de Salud Niñas y Niños de 0 a 9 años.

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 Médica Acreditada de primera referencia del segundo nivel de atención.

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 de la niña o niño y de la familia o del médico familiar, en su caso.

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 menor beneficiario del SMSXXI tendrán en todo momento el derecho a una segunda opinión con respecto a la salud del mismo la cual podrá ser solicitada al médico tratante que los atienda o al médico responsable de la atención de la niña o niño y de la familia o médico familiar, quienes deberán enviarlo para estos efectos a otro médico de la Unidad Médica Acreditada 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 SMSXXI se sujetará a los procedimientos

vigentes en las Unidades Médicas Acreditadas de atención hospitalaria y de alta especialidad, requiriendo necesariamente el consentimiento informado del padre, tutor o del familiar que acompañe al paciente.

Recibirán los medicamentos sustentándose en el Cuadro Básico de Medicamentos e Insumos del Sector Salud. Ya sea que el paciente provenga del servicio de urgencias, consulta externa, quirófano, u hospitalización en cualquiera de los servicios de la Unidad Médica Acreditada que le correspondan.

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, quien de manera conjunta con las autoridades administrativas del hospital programarán la fecha del evento solicitado bajo la tutela y orientación del Gestor del Seguro Popular.

Los beneficiarios recibirán los servicios de laboratorio y gabinete necesarios en las unidades médicas correspondientes ya sean programados o de urgencia. Así como todos los estudios preoperatorios y de apoyo diagnóstico que se requieran y que se encuentren definidos en los protocolos de atención médica o, en su caso, del CAUSES o del FPGC.

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 Sistema, 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 cinco días hábiles posteriores a la atención médica, a efecto de que sea considerada dicha atención como parte de los beneficios del SMSXXI.

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

Los beneficiarios que requieran de servicios de hospitalización deberán provenir de consulta externa, urgencias o quirófano.

Al ser dado de alta el paciente deberá acudir a su centro de salud con el Formato de referencia, proporcionado por el médico tratante, para dar seguimiento de su padecimiento y, en su caso, para que le proporcionen los medicamentos necesarios.

5.6.4. Expediente clínico.

Los beneficiarios del SMSXXI 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 SMSXXI que tiene el paciente y se incluirá el número de afiliación que le corresponda, procurando que el registro de sus datos generales se asienten conforme a la Póliza de Afiliación; el área de afiliación del REPSS podrá auxiliar a la unidad médica facilitándole el acceso a esta información.

La información contenida en el expediente clínico de los beneficiarios del SMSXXI tendrá el carácter de confidencial, de conformidad con la normativa aplicable. Los padres o tutores de los menores beneficiarios del SMSXXI tendrán el derecho a solicitar y recibir, de parte del centro de salud de su adscripción o de la Unidad Médica Acreditada de segundo y tercer niveles a la que acudan, un resumen de la información contenida en el expediente clínico del menor a su cargo, así como copia de las constancias que lo integran.

5.6.5. Sobre la prestación indirecta de servicios médicos.

Los REPSS 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 5.1.4 de las Reglas de Operación.

5.6.6. Garantía en la Calidad.

Los médicos de los SESA, serán directa e individualmente responsables de los diagnósticos y tratamientos de los beneficiarios del SMSXXI 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 en los estándares éticos y profesionales establecidos por la Secretaría.

En las entidades federativas el responsable estatal de Calidad, deberá asegurar la difusión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) actualizadas en las jurisdicciones de su entidad. Los gestores jurisdiccionales deberán asegurar la distribución de las GPC actualizadas en los establecimientos médicos de su jurisdicción.

Los directivos de cada establecimiento de salud deberán asegurar la disponibilidad del catálogo maestro de las GPC, capacitación, priorización y aplicación de las recomendaciones emitidas por las GPC actualizadas y en caso de que amerite lo contrario estar debidamente justificado en el expediente clínico su no autorización.

Así mismo se compromete a reportar la información solicitada por la DGIS, para la construcción de indicadores de buenas prácticas que muestre aplicación de las GPC.

Sin perjuicio de lo establecido en el numeral 5.3.2 de las Reglas de Operación, los establecimientos pertenecientes a los SESA, IMSS, ISSSTE, OPD y privados de atención hospitalaria y de alta especialidad que presten servicios a los beneficiarios del SMSXXI deberán estar debidamente acreditados por la Secretaría, con el objeto de brindar certidumbre respecto del cumplimiento a los estándares de capacidad, Calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios cubiertos por el Sistema. 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.

Los establecimientos de salud deberán implementar, en apego a la normatividad vigente, el Sistema Unificado de Gestión (SUG) como mecanismo para la atención de quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión, con la finalidad de promover la tutela de derechos, la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud y a la mejora continua en la calidad de los servicios.

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

6. Informes programáticos presupuestarios.

6.1. Programación del gasto.

Para la programación de los recursos destinados al SMSXXI, la Secretaría procurará considerar en su anteproyecto de presupuesto que someta a la SHCP, para su posterior integración y aprobación por parte de la H. Cámara de Diputados para el ejercicio fiscal correspondiente, los recursos para la operación del SMSXXI, incorporando las previsiones de gasto público que permitan garantizar el cumplimiento en tiempo y forma de los objetivos y metas del mismo, así como la continuidad de las acciones integrales.

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: Tamiz Auditivo, capacitación al personal que otorgan servicios a los beneficiarios del SMSXXI, evaluación del Desarrollo Infantil, equipamiento de los Bancos de Leche Humana y Tamiz Metabólico Semiampliado, a que hacen referencia los numerales 5.3.4, 5.3.5, 5.3.6 y 5.3.7, respectivamente, de las Reglas de Operación.

6.2. Ejercicio del gasto.

6.2.1 Del monitoreo al ejercicio y comprobación de los recursos con los que opera el SMSXXI.

La comprobación de los recursos que se transfieran a las entidades federativas y otros

prestadores de servicios por el reembolso de intervenciones cubiertas por el SMSXXI, en términos de los numerales 5.3.2 y 5.3.3 de las Reglas de Operación se hará con la factura o el recibo, según corresponda.

La comprobación de los recursos que se transfieran como apoyos económicos por incremento en la demanda de servicios, realización de tamizaje auditivo, evaluación del Desarrollo Infantil, equipamiento de los Bancos de Leche Humana y Tamiz Metabólico Semiampliado, se hará conforme a lo dispuesto en los numerales 5.3.1, 5.3.4, 5.3.5, 5.3.6 y 5.3.7 de las Reglas de Operación.

La documentación original comprobatoria quedará a resguardo en las entidades federativas, bajo su estricta responsabilidad y custodia, la cual podrá ser requerida por la Secretaría y/o los órganos fiscalizadores locales y federales competentes.

La comprobación del ejercicio de los recursos transferidos en ejercicios anteriores al 2015, pendientes de entregar a la CNPSS, deberán enviarse por las instancias administrativas facultadas a más tardar el 30 de junio de 2017, de lo contrario, las entidades federativas deberán reintegrar dichos recursos a la TESOFE.

6.2.2. Informes del ejercicio de los recursos.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los numerales 5.3.1 de las Reglas de Operación, las entidades federativas, deberán informar a la CNPSS el ejercicio de los recursos transferidos correspondientes al ejercicio fiscal 2017, de acuerdo con lo siguiente:

a) A través del REPSS y mediante el formato denominado Informe Trimestral del Ejercicio de los Recursos (Anexo 5 de las Reglas de Operación), deberán reportar trimestralmente el ejercicio de los recursos transferidos. Dicho informe contendrá las firmas autógrafas del Secretario de Salud (o su equivalente), del Director Administrativo (o su equivalente) y del Titular del REPSS y remitirse a la CNPSS dentro de los 10 días hábiles posteriores a la conclusión del trimestre que se informa. En dicho Informe sólo se señalarán los recursos efectivamente ejercidos durante el trimestre que se envía. En el supuesto en el que en un trimestre no se ejercieran recursos, el informe se enviará en ceros. El cómputo del primer trimestre a informar, se hará a partir de la fecha de realización de la primera transferencia de recursos a la entidad federativa;

b) Los informes del ejercicio de los recursos referidos en el numeral 5.3.1, que se envíen por las entidades federativas a través del REPSS a la CNPSS, mediante el Anexo 5 de las Reglas de Operación se harán en términos de su instructivo de llenado, adicional a ello, se hará conforme a las partidas de gasto precisadas en el Anexo 6 de las Reglas de Operación. El alcance de las partidas de gasto se encuentra definido en el Acuerdo por el que se expide el Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal vigente, y

c) Los informes del ejercicio de los recursos correspondientes al ejercicio fiscal 2016 que sean transferidos en el ejercicio fiscal 2017, se entregarán a la CNPSS, en los mismos términos de los incisos a) y b) del presente numeral.

6.2.3 Comprobantes de transferencias de recursos.

Las entidades federativas y demás prestadores de servicios, emitirán un recibo o factura, según corresponda, por cada transferencia de recursos que realice el programa SMSXXI; mismos que deberán remitir a la CNPSS en un plazo máximo de 15 días hábiles posteriores a la recepción de los recursos, los cuales deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) En el caso de las transferencias a las entidades federativas, ser emitido por la Secretaría de Finanzas o su equivalente;
- b) Ser expedido a nombre: Secretaría de Salud y/o Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
- c) Precisar el monto de los recursos transferidos;
- d) Señalar la fecha de emisión,
- e) Señalar la fecha de recepción de los recursos, y
- f) Precisar el nombre del Programa y los conceptos relativos a los recursos presupuestarios federales recibidos.

La notificación de transferencia por parte de la CNPSS a través de la DGF,

independientemente de su entrega oficial, podrá ser vía correo electrónico a las cuentas institucionales que las entidades federativas y los demás prestadores de servicios hagan del conocimiento de manera oficial. En caso de existir modificación a las cuentas de correo electrónico institucional, ésta deberá notificarse de manera oficial a la CNPSS a través de la DGF.

6.3. Avances físico-financieros.

La Secretaría y la CNPSS 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 CNPSS 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 las 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 SMSXXI.

6.4. Cierre del ejercicio.

La CNPSS será responsable de integrar con precisión los resultados correspondientes al avance físico-financiero alcanzado, así como la información que complemente la descripción del logro de metas y objetivos.

7. De la cancelación de los apoyos del SMSXXI.

La cancelación de los subsidios a que se refieren las Reglas de Operación, se sujetará a los supuestos y procedimientos establecidos en las disposiciones jurídicas aplicables.

Los recursos que no se destinen a los fines autorizados, de acuerdo con el numeral 5.4 de las Reglas de Operación, así como aquéllos que al cierre del ejercicio no se hayan devengado, se reintegrarán a la TESOFE de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Independientemente de lo anterior la CNPSS, en caso de tener conocimiento de algún supuesto considerado en el presente numeral, lo hará del conocimiento de la Auditoría Superior de la Federación, para su pronunciamiento correspondiente respecto al reintegro del recurso a la TESOFE y cancelación de los apoyos del SMSXXI.

8. Seguimiento operativo, control y auditoría.

8.1. Seguimiento operativo.

El SMSXXI 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 SMSXXI, fortalecimiento del rol rector y financiador de la CNPSS, para la operación del SMSXXI, 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 SMSXXI y a los participantes en las unidades de servicio. Estas últimas son la fuente para la conformación de indicadores relacionados con la provisión de servicios médicos, con la realización de estudios, con la entrega de medicamentos y con la percepción de la Calidad de la atención; los cuales constituirán un insumo fundamental para la consolidación y mejora operativa del SMSXXI.

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

A fin de contribuir en la garantía de la Calidad a los afiliados al Sistema, los establecimientos acreditados pueden, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables,

ser sujetos de supervisión por parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en el ámbito de sus atribuciones.

8.2. Indicadores de desempeño.

Nombre	Método de cálculo	Unidad de medida	Frecuencia de medición
Porcentaje de avance de aseguramiento de la población objetivo	(Número de niñas y niños menores de cinco años afiliados en el Seguro Médico Siglo XXI / número de niñas y niños menores de cinco años sin seguridad social) x 100	Porcentaje	Anual
Porcentaje de niñas y niños con acceso a las intervenciones financiadas por la cápita adicional	(Número de cápitas transferidas / Número de niñas y niños nuevos afiliados) x 100	Porcentaje	Semestral
Niñas y niños afiliados al Seguro Médico Siglo XXI	(Niñas y niños afiliados en el Seguro Médico Siglo XXI en el periodo / Niñas y niños programados a afiliar al Seguro Médico Siglo XXI en el mismo periodo) x100	Porcentaje	Trimestral
Niñas y niños afiliados con acceso a los servicios de salud	(Número de casos de niñas y niños beneficiados por el Seguro Médico Siglo XXI en el periodo / Número de casos de niñas y niños beneficiados por el Seguro Médico Siglo XXI en el mismo periodo del año anterior) x100	Porcentaje	Trimestral
Financiamiento de equipamiento para la realización del tamiz auditivo	(Recursos transferidos para el equipamiento para la realización del tamiz auditivo / Recursos programados para el equipamiento para la realización del tamiz auditivo) x100	Porcentaje	Anual
Financiamiento de evaluación de Desarrollo Infantil	(Recursos transferidos para realizar la evaluación del Desarrollo Infantil/ Recursos programados para realizar la evaluación del Desarrollo Infantil X) 100	Porcentaje	Anual

Financiamiento de equipamiento de bancos de leche humana	(Recursos transferidos para el equipamiento de bancos de leche humana / Recursos programados para el equipamiento de bancos de leche humana) x100	Porcentaje	Anual
Financiamiento de insumos para la realización del tamiz metabólico semiampliado	(Recursos transferidos para el equipamiento para la realización del tamiz metabólico semiampliado / Recursos programados para el equipamiento para la realización del tamiz metabólico semiampliado) x100	Porcentaje	Anual

8.3. Control y auditoría.

8.3.1. Considerando que los recursos del SMSXXI no pierden su carácter federal, su ejercicio está sujeto a las disposiciones aplicables y podrán ser revisados en todo momento por la CNPSS, así como por las siguientes instancias en el ámbito de sus respectivas competencias:

- a) Por el Órgano Interno de Control en la CNPSS;
- b) Por la Auditoría Superior de la Federación, y
- c) Por la SHCP y por la SFP, esta última a través de la Unidad de Operación Regional y Contraloría Social, en coordinación con los órganos de control de los gobiernos locales.

Los resultados serán revisados y atendidos por los entes ejecutores, de conformidad a la competencia para resolver los asuntos planteados.

8.3.2. La Unidad de Operación Regional y Contraloría Social de la SFP, podrá proponer a la CNPSS u órgano descentrado que haya transferido recursos federales para la ejecución del SMSXXI, la suspensión o cancelación de los mismos, con base en los resultados de las auditorías que realice.

8.3.3. A los entes ejecutores les corresponde, además de lo señalado en el numeral 5.1 de las Reglas de Operación, lo siguiente:

- a) Dar todas las facilidades a las instancias a que se refiere el numeral 8.3.1 de las Reglas de Operación para realizar las auditorías respectivas, y
- b) Atender en tiempo y forma los requerimientos que les formulen los órganos fiscalizadores, así como el seguimiento y la solventación de las observaciones planteadas por las instancias competentes.

La inobservancia a los requerimientos de los órganos fiscalizadores, podrá ser causal de suspensión o cancelación de la ministración de los recursos federales en el siguiente ejercicio presupuestario, siempre que así sea solicitado por aquéllos; lo anterior, sin perjuicio de las responsabilidades a que hubiere lugar por daños y perjuicios que, en su caso, resultaren.

8.4. Gastos indirectos.

En cuanto a los gastos indirectos del SMSXXI para el Ejercicio Fiscal 2017, se ajustarán a lo establecido en el Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal, publicado el 10 de diciembre de 2012 en el Diario Oficial de la Federación y los Lineamientos para la aplicación y seguimiento de las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal, publicados en

el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2013.

9. Contraloría Social.

Las entidades federativas, promoverán la participación de los responsables de los beneficiarios del SMSXXI 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 SMSXXI, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados al mismo.

La CNPSS y las entidades federativas, atendiendo a su ámbito de competencia, deberán sujetarse a lo establecido en el Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de octubre del 2016, con la finalidad de promover y realizar las acciones necesarias para la integración, operación y reporte de la contraloría social, mediante el esquema validado por la SFP (anexo 12 de las presentes Reglas de Operación).

10. Evaluación.

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

La evaluación es responsabilidad de la CNPSS, pero será realizada de forma independiente a los ejecutores del SMSXXI. La evaluación se realizará observando las disposiciones jurídicas aplicables y 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; su costo se cubrirá con cargo al presupuesto del SMSXXI.

La evaluación del SMSXXI, incorporará la perspectiva de género, de acuerdo a los criterios que emitan, en el ámbito de sus respectivas competencias, el Instituto Nacional de las Mujeres, la SHCP y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

11. Transparencia.

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

12. Quejas y denuncias.

Las quejas y denuncias vinculadas a la operación del SMSXXI 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, en los buzones que se encuentren instalados en los MAO del SPSS, o en los buzones de los módulos de Atención del SUG de la Secretaría de Salud;
- Personalmente ante las oficinas del Órgano 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 CNPSS;

- Personalmente ante las oficinas de los REPSS, y
- En la SFP, ubicada en avenida Insurgentes Sur 1735, piso 10, ala Sur, Colonia Guadalupe Inn, código postal 01020, delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México.,

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

- Teléfono lada sin costo de la CNPSS 01-800POPULAR (01 800 767 8527), las 24 horas, 365 días del año;
- (55) 2000-3100 extensiones 3120 y 3121, del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud;
- 2000-3000 para la Ciudad de México y área metropolitana y 01-800-38-624-66 del interior de la República, de Sactel;
- A los de los sistemas de atención que operen en cada entidad federativa bajo la dirección de cada Órgano Estatal de Control, y
- A través del Centro de Contacto Ciudadano de la SFP, lada sin costo 01800-3862466 en el interior de la República Mexicana, al 20002000 en el D.F. y al 18004752393 de Estados Unidos de América.

c) Por medios electrónicos, a través de:

- Buzón electrónico. Contacto a través de la página electrónica de la CNPSS: www.seguro-popular.gob.mx; en los íconos de buzón de voz, llamada rápida, chat en línea, buzón electrónico, redes sociales y
- Correo electrónico de Sactel: sactel@funcionpublica.gob.mx.

Los REPSS 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 Órgano Estatal de Control, en su ámbito de competencia, canalizará los asuntos de orden estatal directamente al Órgano Interno de Control en la Secretaría, así como a los de competencia de otras instituciones y las relativas a los municipios, informando de ello a la CNPSS.

13. Atención a beneficiarios del Seguro Médico Siglo XXI víctimas del delito o de violaciones a derechos humanos.

En la operación del SMSXXI se reconocerán y garantizarán los derechos de las víctimas del delito y de violaciones a derechos humanos, en particular en materia de salud, de conformidad con lo establecido en la Ley General de Víctimas.

En el ejercicio de los derechos y garantías de los beneficiarios del SMSXXI, los entes ejecutores se conducirán sin distinción, exclusión o restricción, ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos, sociales, nacionales, lengua, religión, condiciones de salud, pertenencia a una minoría nacional y discapacidades, o cualquier otra que tenga por objeto o efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. Toda garantía o mecanismo especial deberá fundarse en razones de enfoque diferencial.

Los beneficiarios del SMSXXI que tengan el carácter de víctimas conforme a lo dispuesto por la Ley General de Víctimas, recibirán ayuda provisional, oportuna y rápida de acuerdo a las necesidades inmediatas que tengan relación directa con el hecho victimizante para atender y garantizar la satisfacción de sus necesidades de atención médica y psicológica de emergencia, en condiciones dignas y seguras. Las medidas de ayuda provisional se brindarán garantizando siempre un enfoque transversal de género y diferencial, y durante el tiempo que sea necesario para garantizar que la víctima supere las condiciones de necesidad inmediata.

Los beneficiarios del SMSXXI víctimas de delitos o de violaciones de derechos contra la libertad y la integridad, recibirán ayuda médica y psicológica especializada de emergencia en los términos de la Ley antes citada.

Las medidas de ayuda, asistencia, atención y demás establecidas en la Ley mencionada, se brindarán por las instituciones públicas de las entidades federativas, a través de los programas, mecanismos y servicios con que cuenten, salvo en los casos urgentes o de

extrema necesidad, así como en los previstos en las Reglas de Operación, en los que se podrá recurrir a los OPD, el IMSS, el ISSSTE y prestadores de servicios no gubernamentales, conforme a los convenios que se señalan en el numeral 5.2 de las Reglas de Operación.

Los entes ejecutores deberán brindar información clara, precisa y accesible a las víctimas y sus familiares, sobre cada una de las garantías, mecanismos y procedimientos que permiten el acceso oportuno, rápido y efectivo a las medidas de ayuda contempladas en dicho ordenamiento legal.

14. Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre.

Con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos y prioridades nacionales, el Programa SMSXXI, dentro del ámbito de sus atribuciones y de acuerdo a lo establecido en las Reglas de Operación, deberá identificar e implementar acciones que contribuyan al logro de los objetivos de la Cruzada contra el Hambre.

Dichas acciones atenderán a los hogares y sus integrantes que se encuentren en situación de pobreza extrema de alimentación, evaluados e identificados a partir de la información socioeconómica integrada al Sistema de Focalización de Desarrollo. Lo anterior, con base en los Lineamientos de Evaluación de Condiciones Socioeconómicas de los Hogares de la Secretaría de Desarrollo Social y disponibles en la dirección: www.sedesol.gob.mx.

Asimismo, cuando aplique, para las acciones de servicios básicos e infraestructura social básica se atenderá a las personas que habitan en las Zonas de Atención Prioritaria urbanas y rurales vigentes que ha determinado la Secretaría de Desarrollo Social y disponibles en la dirección electrónica: <http://sisge.sedesol.gob.mx/SISGE/>.

Para implementar dichas acciones, el SMSXXI podrá realizar los ajustes necesarios en su planeación y operación, estableciendo los acuerdos, la coordinación y vinculación interinstitucional correspondientes, sin menoscabo de lo establecido en las presentes Reglas de Operación y de las metas establecidas, así como en función de la capacidad operativa y disponibilidad presupuestal. La Unidad Responsable del SMSXXI deberá informar sobre las acciones, presupuesto y avances en las metas e indicadores de las acciones que se desarrollen para dar cumplimiento a los objetivos de la Cruzada.

15. Anexos.

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

Núm.	Grupo	Enfermedad	Clave CIE-10	Tabulador
1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.	Tuberculosis del Sistema Nervioso.	A17	\$39,679.32
2		Tuberculosis Miliar.	A19	\$38,646.57
3		Listeriosis.	A32	\$25,671.61
4		Tétanos neonatal.	A33.X	\$61,659.24
5		Septicemia no especificada (incluye choque séptico).	A41.9	\$46,225.45
6		Sífilis congénita.	A50	\$12,329.78
7		Encefalitis viral, no especificada.	A86	\$39,679.32
8		Enfermedad debida a virus citomegálico.	B25	\$22,688.36
9		Toxoplasmosis.	B58	\$27,027.53
10	Tumores.	Tumor benigno de las glándulas salivales mayores (Ránula).	D11	\$30,563.96
11		Tumor benigno del mediastino.	D15.2	\$75,873.96

12		Tumor benigno de la piel del labio.	D23.0	\$18,767.81
13		Tumor benigno del ojo y sus anexos.	D31	\$38,362.50
14		Púrpura trombocitopénica idiopática.	D69.3	\$41,313.55
15	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.	Inmunodeficiencia con predominio de defectos de los anticuerpos.	D80	Pago por facturación
16		Inmunodeficiencias combinadas.	D81	Pago por facturación
17		Síndrome de Wiskott-Aldrich.	D82.0	Pago por facturación
18		Otras inmunodeficiencias.	D84	Pago por facturación

19		Intolerancia a la lactosa.	E73	\$23,072.48
20		Fibrosis quística.	E84	Pago por facturación
21	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.	Depleción del volumen.	E86	\$9,605.00
22		Hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales.	E25.0	Pago por facturación
23		Fenilcetonuria.	E70.0	Pago por facturación
24		Galactosemia.	E74.2	Pago por facturación
25	Enfermedades del sistema nervioso.	Otros trastornos del nervio facial.	G51.8	\$31,057.33
26		Síndrome de Guillain-Barré.	G61.0	\$33,511.56
27		Parálisis cerebral infantil (Diagnóstico, terapia y en su caso, los insumos o medicamentos especializados utilizados; anual y hasta por 5 años).	G80	Pago por facturación
28		Hemiplejía (Diagnóstico, terapia y en su caso, los insumos o medicamentos especializados utilizados; anual y hasta por 5 años).	G81	Pago por facturación
29		Paraplejía y cuadriplejía (Diagnóstico, terapia y en su caso, los insumos o medicamentos especializados utilizados; anual y hasta por 5 años).	G82	Pago por facturación
30	Enfermedades del ojo.	Retinopatía de la prematuridad.	H35.1	\$38,913.38

31	Enfermedades del oído.	Hipoacusia neurosensorial bilateral(Prótesis auditiva externa y sesiones derehabilitación auditiva verbal).	H90.3	\$35,421.80
32		Habilitación auditiva verbal en niños nocandidatos a implantación de prótesis decóclea (anual hasta por 5 años).	V57.3 (CIE9 MC)	\$5,668.00
33		Implantación de prótesis cóclea.	20.96 a 20.98 (CIE9 MC)	\$292,355.98
34		Habilitación auditiva verbal en niños candidatos a prótesis auditiva externa o implantación de prótesis de cóclea (anual hasta por 5 años).	V57.3 (CIE9 MC)	\$5,668.00
35	Enfermedades del sistema circulatorio	Miocarditis aguda.	I40	\$74,173.03
36		Fibroelastosis endocárdica.	I42.4	\$26,381.19
37		Hipertensión pulmonar primaria.	I27.0	\$78,030.00
38	Enfermedades del sistema respiratorio.	Neumonía por Influenza por virus identificado.	J10.0	\$19,025.42
39		Neumonía por Influenza por virus no identificado.	J11.0	\$19,025.42
40		Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte.	J15	\$44,121.11
41		Bronconeumonía, no especificada.	J18.0	\$44,121.11
42	Neumonitis debida a sólidos y líquidos.		J69	\$60,749.00

43		Piotorax.	J86	\$37,733.42
44		Derrame pleural no clasificado en otra parte.	J90.X	\$40,721.27
45		Derrame pleural en afecciones clasificadas en otra parte.	J91.X	\$29,228.74
46		Neumotórax.	J93	\$28,575.51
47		Otros trastornos respiratorios (incluye Enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte, Colapso pulmonar, Enfisema intersticial, Enfisema compensatorio, Otros trastornos del pulmón, Enfermedades del mediastino, no clasificadas en otra parte, Trastornos del diafragma, Otros trastornos respiratorios especificados).	J98.0 al J98.8	\$54,520.10
48	Enfermedades del sistema digestivo.	Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes.	K00	\$15,804.10

49		Estomatitis y lesiones afines.	K12	\$14,340.08
50		Otras enfermedades del esófago (Incluye Acalasia del cardias, Úlcera del esófago, Obstrucción del esófago, Perforación de esófago, Disquinesia del esófago, Divertículo del esófago, adquirido, Síndrome de laceración y hemorragiagastroesofágicas, Otras enfermedades específicas del esófago, Enfermedad de esófago, no especificada).	K22.0 al K22.9	\$38,628.11
51		Constipación.	K59.0	\$13,736.30
52		Malabsorción intestinal.	K90	Pago por facturación
53		Otros trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte.	K91.8	Pago por facturación
54	Enfermedades de la piel.	Síndrome estafilocócico de la pieles caldada (Síndrome de Ritter).	L00.X	\$26,384.64
55		Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco.	L02	\$10,143.00
56		Quiste epidérmico.	L72.0	\$8,359.78
57	Enfermedades del sistema osteomuscular.	Artritis piógena.	M00	\$45,830.98
58		Artritis juvenil.	M08	Pago por facturación
59		Poliarteritis nodosa y afecciones relacionadas.	M30	Pago por facturación
60		Fascitis necrotizante.	M72.6	\$50,206.96
61	Enfermedades del sistema genitourinario.	Síndrome nefrítico agudo.	N00	\$27,518.60
62		Síndrome nefrótico, anomalía glomerular mínima.	N04.0	\$27,518.60
63		Uropatía obstructiva y por reflujo.	N13	\$45,579.12
64		Insuficiencia renal aguda.	N17	\$38,963.98
65		Insuficiencia renal terminal.	N18.0	Pago por facturación
66		Divertículo de la vejiga.	N32.3	\$44,052.99

67		Infección de vías urinarias, sitio no especificado.	N39.0	\$16,716.00
68		Hidrocele y espermatocèle.	N43	\$19,250.83
69		Orquitis y epididimitis.	N45	\$20,142.13
70		Fístula vesicovaginal.	N82.0	\$45,902.29

71	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre.	P00.0	\$58,596.63
72		Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de membranas.	P01.1	\$20,517.05
73		Feto y recién nacido afectado por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas.	P02	\$14,764.00
74		Feto y recién nacido afectados por drogadicción materna.	P04.4	\$58,596.63
75		Retardo en el crecimiento fetal y desnutrición fetal.	P05	\$57,830.70
76		Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer.	P08	\$20,517.05
77		Hemorragia y laceración intracraneal debidas a traumatismo del nacimiento.	P10	\$95,077.64
78		Otros traumatismos del nacimiento en el sistema nervioso central.	P11	\$93,975.89
79		Traumatismo del nacimiento en el cuero cabelludo / (incluye cefalohematoma).	P12	\$15,906.46
80		Traumatismo del esqueleto durante el nacimiento.	P13	\$39,909.33
81		Traumatismo del sistema nervioso periférico durante el nacimiento.	P14	\$29,792.27
82		Otros traumatismos del nacimiento.	P15	\$34,354.55
83		Hipoxia intrauterina.	P20	\$32,355.75
84		Asfixia al nacimiento.	P21	\$33,072.23
85		Taquipnea transitoria del recién nacido.	P22.1	\$20,517.05
86		Neumonía congénita.	P23	\$29,439.78
87		Síndromes de aspiración neonatal.	P24	\$31,014.78
88		Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el periodo perinatal.	P25	\$40,254.35
89		Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal.	P26	\$40,254.35
90		Displasia broncopulmonar originada en el periodo perinatal.	P27.1	\$41,161.75
91		Otras apneas del recién nacido.	P28.4	\$33,072.23

92		Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve.	P38.X	\$27,096.53
93	Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido.	P52	\$61,645.44	

94		Enfermedad hemorrágica del feto y del recién nacido.	P53.X	\$29,449.55
95		Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido.	P55	\$28,803.22
96		Hidropesía fetal debida a enfermedad hemolítica.	P56	\$30,176.39
97		Ictericia neonatal debida a otras hemólisis excesivas.	P58	\$27,833.72
98		Ictericia neonatal por otras causas y las no especificadas.	P59	\$17,701.70
99		Coagulación intravascular diseminada en el feto y el recién nacido.	P60.X	\$51,245.46
100		Policitemia neonatal.	P61.1	\$23,338.14
101		Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido.	P70	\$23,399.09
102		Trastornos neonatales transitorios del metabolismo del calcio y del magnesio.	P71	\$23,129.98
103		Alteraciones del equilibrio del sodio en el recién nacido.	P74.2	\$23,129.98
104		Alteraciones del equilibrio del potasio en el recién nacido.	P74.3	\$23,129.98
105		Íleo meconial.	P75.X	\$11,285.14
106		Síndrome del tapón de meconio.	P76.0	\$35,391.90
107		Otras peritonitis neonatales.	P78.1	\$57,553.53
108		Enterocolitis necrotizante.	P77	\$83,382.70
109		Convulsiones del recién nacido.	P90.X	\$27,401.30
110		Depresión cerebral neonatal.	P91.4	\$41,384.86
111		Encefalopatía hipóxica isquémica.	P91.6	\$33,072.23
112	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	Anencefalia.	Q00.0	\$15,501.64
113		Encefalocele.	Q01	\$37,246.95
114		Estenosis y estrechez congénitas del conducto lagrimal.	Q10.5	\$16,223.88
115		Catarata congénita.	Q12.0	\$17,410.00

116	Otras malformaciones congénitas del oído(Microtia, macrotia, oreja supernumeraria,otras deformidades del pabellón auricular,anomalía de la posición de la oreja, orejaprominente).	Q17	\$20,258.28
117	Seno, fistula o quiste de la hendidura branquial.	Q18.0	\$19,457.84
118	Malformaciones congénitas de la nariz.	Q30	\$18,722.95
119	Malformación congénita de la laringe(Incluye laringomalacia congénita).	Q31	\$15,714.40
120	Malformaciones congénitas de la tráquea yde los bronquios.	Q32	\$35,067.59
121	Malformaciones congénitas del pulmón.	Q33	\$35,794.42

122	Otras malformaciones congénitas del intestino (Incluye divertículo de Meckel,Enfermedad de Hirschsprung y malrotación intestinal).	Q43	\$64,916.21
123	Malformaciones congénitas de vesícula biliar, conductos biliares e hígado (Incluye atresia de conductos biliares y quiste decoléodo).	Q44	\$76,250.03
124	Páncreas anular.	Q45.1	\$42,097.89
125	Anquilosis.	Q38.1	\$2,392.00
126	Síndrome de Potter.	Q60.6	\$53,839.99
127	Duplicación del uréter.	Q62.5	\$34,275.20
128	Riñón supernumerario.	Q63.0	\$40,986.94
129	Riñón ectópico.	Q63.2	\$40,341.75
130	Malformación del uraco.	Q64.4	\$38,920.28
131	Ausencia congénita de la vejiga y de la uretra.	Q64.5	\$60,096.31
132	Polidactilia.	Q69	\$65,269.27
133	Sindactilia.	Q70	\$26,550.25
134	Craneosinostosis.	Q75.0	\$138,668.31
135	Hernia diafragmática congénita.	Q79.0	\$73,510.59
136	Ictiosis congénita.	Q80	\$22,781.51
137	Epidermolisis bullosa.	Q81	\$22,982.77
138	Nevo no neoplásico, congénito.	Q82.5	\$21,767.16
139	Anormalidades cromosómicas(Diagnóstico).	Q90 Q99	\$30,414.45

140	Síntomas y signos generales.	Choque hipovolémico.	R57.1	\$43,282.45
141		Fractura de la bóveda del cráneo.	S02.0	\$20,182.00
142	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.	Traumatismo intracranegal con comaprolongado.	S06.7	\$230,116.37
143		Avulsión del cuero cabelludo.	S08.0	\$39,222.75
144		Herida del tórax.	S21	\$23,941.92
145		Traumatismo por aplastamiento del pulgar y otro(s) dedo(s).	S67.0	\$7,119.00
146	Quemaduras y corrosiones.	Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo.	T20.3,T21.3, T22.3,T23.3, T24.3,T25.3, T29.3,T30.3	\$107,138.31
147	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica.	Efectos adversos de drogas de afectan primariamente el sistema nervioso autónomo.	Y51	\$18,331.93
148		Efectos adversos de vacunas bacterianas.	Y58	\$18,810.36
149	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.	Atención de orificios artificiales (que incluye Atención de traqueostomía, gastrostomía, ileostomía, colostomía, otros orificios artificiales de las vías digestivas,cistostomía, otros orificios artificiales de las vías urinarias y vagina artificial).	Z43	\$31,469.11

Anexo 2. Concepto de Gastos No Cubiertos por el SMSXXI

1	Adquisición de anteojos.
2	Cama extra.
3	Compra y reposición de prótesis y aparatos ortopédicos, así como pulmón artificial, marcapasos y zapatos ortopédicos.
4	Padecimientos derivados y tratamientos secundarios a radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico.
5	Reembolsos médicos de aquellos gastos erogados fuera del Cuadro Básico de Medicamentos eInsumos del Sector Salud.
6	Renta de prótesis, órtesis y aparatos ortopédicos.
7	Servicios brindados por programas y campañas oficiales de salud vigentes.
8	Servicios de enfermeras y cuidadoras personales.
9	Rehabilitación y educación especial para síndromes cromosómicos.
10	Traslados en ambulancia aérea.
11	Tratamiento dental que requiere servicio de ortodoncia y cirugía maxilofacial, así como prótesis dental, derivados de intervenciones cubiertas por el SMSXXI.
12	Tratamientos en vías de experimentación.

13	Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico no debidos a enfermedad o trauma externa.
-----------	---

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

NÚMERO DE INTERVENCIÓN	CONGLOMERADO	NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN
1	INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA.	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS (B.C.G.).
2		VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B (H.B.) MENORES DE 14 AÑOS.
3		ADMINISTRACIÓN DE VACUNA PENTAVALENTE (DPT, HB,HIB).
4		VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS.
5		VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO CONJUGADO(HEPTAVALENTE).
6		VACUNACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA INFLUENZA (GRÍPESTACIONAL) MENORES DE 14 AÑOS Y GRUPOS DERIESGO.
7		VACUNACIÓN CONTRA SARAPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBÉOLA (SRP).
8		VACUNACIÓN CONTRA DIFTERIA, TOSFERINA Y TÉTANOS(DPT).
9		VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (SABIN).
16		ACCIONES PREVENTIVAS PARA RECIÉN NACIDO.
17		ACCIONES PREVENTIVAS PARA MENORES DE 5 AÑOS.
27		OTRAS ACCIONES DE PROMOCIÓN A LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS.

28	INTERVENCIONES DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, FAMILIAR Y DE ESPECIALIDAD.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPRIVA Y POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B12.
29		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE VITAMINA A.
30		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESCARLATINA.
31		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SARAPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS.
32		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VARICELA.
33		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FARINGOAMIGDALITISAGUDA.
34		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TOS FERINA.

35		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTITIS MEDIA NOSUPURATIVA.
36		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RINOFARINGITIS AGUDA.
37		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CONJUNTIVITIS.
38		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RINITIS ALÉRGICA YVASOMOTORA.
39		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE CLÁSICO (YOTRAS FIEBRES PRODUCIDAS POR FLAVIVIRUS Y ARBOVIRUS)
40		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROME DIARREICOAGUDO.
41		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FIEBRE PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS.
42		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FIEBRE TIFOIDEA.
44		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CANDIDIASIS ORAL.
46	INTERVENCIONES DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, FAMILIAR Y DE ESPECIALIDAD.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES PORCHLAMYDIA (INCLUYE TRACOMA).
47		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRICHOMONIASIS.
49		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CISTITIS.
50		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VAGINITIS AGUDA.
51		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VULVITIS AGUDA.
54		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE AMEBIASIS.
55		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ANQUILOSTOMIASIS YNECATORIASIS.
56		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ASCARIASIS.
57		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENTEROBIASIS.

58	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEEQUINOCOCOSIS.	
59	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEESQUISTOSOMIASIS.	
60	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEESTRONGILODIASIS.	

61		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEFILARIASIS.
----	--	---

62		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEGIARDIASIS.
63		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DETENIASIS.
64		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DETRICURIASIS.
66		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEBRUCELOSIS.
67		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ESCABIOSIS.
68		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PEDICULOSIS YPHTHIRIASIS.
69		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MICOSISSUPERFICIALES (EXCEPTO ONICOMICOSIS)
71		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ERISIPELA Y CELULITIS.
72		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROCESOSINFECCIOSOS DE REZAGO (PALUDISMO, RICKETSIOSIS,LEPRA, ENFERMEDAD DE CHAGAS, LEISHMANIASIS,ONCOCERCOSIS).
73		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS ALÉRGICA Y DE CONTACTO.
74		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS ATÓPICA.
75		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS DECONTACTO POR IRRITANTES.
76		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS DEL PAÑAL.
77		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITISEXFOLIATIVA.
78		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITISSEBORREICA.
79		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERRUGAS VULGARES.
81	INTERVENCIONES DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, FAMILIAR Y DE ESPECIALIDAD.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN AGUDA POR VIRUS DE LA HEPATITIS A Y B.
88		ATENCIÓN POR ALGUNOS SIGNOS, SÍNTOMAS Y OTROSFACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD.
94		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON COMPONENTE HIPERACTIVO
95		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE AUTISMO Y SÍNDROME DE ASPERGER.

100	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VAGINITIS SUBAGUDA Y CRÓNICA.
------------	--

102	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URETRITIS Y SÍNDROME URETRAL.
105	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DESNUTRICIÓN LEVE,MODERADA Y SEVERA.
106	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DESNUTRICIÓN SEVERA TIPO KWASHIORKOR.
107	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DESNUTRICIÓN SEVERA TIPO MARASMO.
108	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SECUELAS DE DESNUTRICIÓN.
109	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EXÓGENA
110	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LARINGOTRAQUEITIS AGUDA.
111	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTITIS MEDIASUPURATIVA.
112	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SINUSITIS AGUDA.
114	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ASMA Y SUS EXACERBACIONES EN MENORES DE 18 AÑOS.
115	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS (TAES).
116	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE (TAES).
117	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PSORIASIS.
118	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESOFAGITIS POR REFLUJO.
123	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPOTIROIDISMO.
124	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1.

130		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEANSIEDAD (ANSIEDAD GENERALIZADA, TRASTORNOS DEPÁNICO, REACCIÓN A ESTRÉS, TRASTORNOS DEADAPTACIÓN (TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO ADAPTATIVO).
132		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO DEEPILEPSIA Y CRISIS CONVULSIVAS.
134		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR DELUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA.
135		REHABILITACIÓN DE FRACTURAS.

138	INTERVENCIONES DE ODONTOLOGÍA.	PREVENCIÓN DE CARIOS DENTAL.
139		APLICACIÓN DE SELLADORES DE FOSETAS Y FISURASDENTALES.
140		RESTAURACIONES DENTALES CON AMALGAMA, IONÓMERO DE VIDRIO Y RESINA, POR CARIOS O FRACTURA DE LOS DIENTES.
141		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FOCOS INFECCIOSOSBACTERIANOS AGUDOS EN LA CAVIDAD BUCAL.
142		EXTRACCIÓN DE DIENTES ERUPCIONADOS Y RESTOSRADICULARES.
143		TERAPIA PULPAR.
147	INTERVENCIONES EN URGENCIAS.	ESTABILIZACIÓN EN URGENCIAS DEL PACIENTE DIABÉTICO CON CETOACIDOSIS.
151		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTOPOR FENOTIAZINAS.
152		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTOPOR ÁLCALIS, CÁUSTICOS Y SUSTANCIAS ALCALINASSIMILARES.
153		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTOPOR SALICILATOS.
154		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTOPOR METANOL.
155		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTOPOR INSECTICIDAS ORGANOFOSFORADOS Y CARBAMATOS.
156		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTOPOR MONÓXIDO DE CARBONO.
157		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTOPOR MORDEDURA DE SERPIENTE.

158		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PICADURA DE ALACRÁN.
159		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PICADURAS DE ABEJA, ARAÑA Y OTROS ARTRÓPODOS.
160		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA ALIMENTARIA.
161		MANEJO DE MORDEDURA Y PREVENCIÓN DE RABIA EN HUMANOS.
162		EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS.
163		CURACIÓN Y SUTURAS DE LESIONES TRAUMÁTICAS DETEJIDOS BLANDOS.
164		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE.
165		MANEJO EN URGENCIAS DE QUEMADURAS DE PRIMER GRADO.
167		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE HOMBRO.

168	INTERVENCIONES EN URGENCIAS.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE CODA.
169		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE MUÑECA Y MANO.
170		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR DE ESGUINCE DE RODILLA.
171		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE TOBILLO Y PIE.
172	INTERVENCIONES DE HOSPITALIZACIÓN.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PIELONEFRITIS.
173		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUIOLITIS.
174		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUITIS AGUDA.
175		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS AGUDAS.
176		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MASTOIDITIS.
177		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS.
178		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN MENORES DE 18 AÑOS.
188		ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.
189		DIAGNÓSTICO DE ICTERICIA NEONATAL.

190		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL RECIÉN NACIDOPRETÉRMINO SIN COMPLICACIONES
191		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL RECIÉN NACIDOPRETÉRMINO CON HIPOTERMIA
192		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PRETÉRMINO CONBAJO PESO AL NACER
201		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME ESCROTAL AGUDO.
204		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE HEMORRÁGICO Y OTRAS COMPLICACIONES POR FLAVIVIRUS.
205		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRAUMATISMOCRANEOENCEFÁLICO MODERADO.
207		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO DELESTATUS EPILÉPTICO Y CRISIS CONVULSIVAS DE DIFÍCIL CONTROL.
213		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LASQUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO.
214		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA.
221	INTERVENCIONES DE CIRUGÍA GENERAL.	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA.
222		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE APENDICITIS.
226		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL E ILEO.
227		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN GÁSTRICA Y/O INTESTINAL.

228		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL VÓLVULO.
232		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HERNIA HIATAL.
233		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPERTROFIACONGÉNITA DEL PÍLORO.
235		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HERNIA INGUINAL.
236		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HERNIA UMBILICAL.
237		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HERNIA VENTRAL.
254		CIRCUNCISIÓN.
255		ORQUIDOPEXIA.
258		EXTIRPACIÓN DE TUMOR BENIGNO EN TEJIDOS BLANDOS.

259		AMIGDALECTOMÍA CON O SIN ADENOIDECTOMÍA.
261		REPARACIÓN DE LABIO HENDIDO CON O SIN PALADARHENDIDO.
262		CIRUGÍA DE ACORTAMIENTO MUSCULAR PARAESTRABISMO.
263		CIRUGÍA DE ALARGAMIENTO MUSCULAR PARAESTRABISMO.
264		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE GLAUCOMA.
266		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIDROCEFALIA.
267		COLOCACIÓN Y RETIRO DE DIVERSOS CATÉTERES.
268		DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO.
269		TORACOTOMÍA, PLEUROTOMÍA Y DRENAJE DE TÓRAX.
270		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA.
271		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PIE EQUINO EN NIÑOS.
273		REDUCCIÓN DE LUXACIONES BAJO ANESTESIA PORMANIPULACIÓN.
274		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CLAVÍCULA.
275		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE HÚMERO.
276		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CÚBITO YRADIO.
277		REDUCCIÓN Y QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE MANO.
279		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE FÉMUR.
280		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE TIBIA YPERONÉ.
281		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE TOBILLO Y PIE.
285		TRATAMIENTO DE QUISTE SINOVIAL Y GANGLIÓN.
286		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ARRITMIAS CARDIACAS.
287		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DECATARATAS.

Anexo 4. Intervenciones para menores de cinco años cubiertas por el FPGC del Sistema.

PACIENTE PEDIÁTRICO / MENORES DE 18 AÑOS				
No.	GRUPO	SUBGRUPO	CLAVE CIE-	SUBDIAGNÓSTICO

		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	10	
1	UCIN	Cuidados intensivos neonatales.	P07.0	Peso extremadamente bajo al nacer.
2			P22.0	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.
3			P36.0	Sepsis del recién nacido debida a estreptococo del grupo B.
4	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, QUIRÚRGICAS Y ADQUIRIDAS	Cardiovasculares.	Q20, Q21, Q22, Q23, Q24, Q26, Q27, Q28	Malformaciones congénitas cardíacas.
5		Aparato Digestivo.	Q39	Atresia de esófago.
6			Q79.2	Onfalocele.
7			Q79.3	Gastroquisis.
8			Q41.0	Atresia - Estenosis duodenal.
9			Q41.0	Atresia intestinal.
10			Q42	Atresia anal.
11		Aparato Urinario.	Q60.3, Q60.4 Q60.5, Q61.4	Hipoplasia/Displasia renal.
12			Q62.6	Uréter retrocavo.
13				Meatos ectópicos.
14			Q62.1	Estenosis ureteral.
15			Q62.2, Q62.3	Ureterocele.
16			Q64.1	Extrofia vesical.
17			Q54, Q640	Hipospadias-epispadias
18			Q64.2, Q64.3	Estenosis uretral.
19			Q64.3	Estenosis del meato uretral.
20		Columna Vertebral.	Q05, Q76.0	Espina bífida.

21	ENFERMEDADES METABÓLICAS	Enfermedades lisosomales.	E75.2	Enfermedad de Fabry / Enfermedad de Gaucher.
			E76.0	Mucopolisacaridosis tipo I.
			E76.1	Mucopolisacaridosis tipo II.
			E76.2	Mucopolisacaridosis tipo VI.
			E74.0	Enfermedad de Pompe.

22		Hemofilia.	D66	Deficiencia hereditaria del Factor VIII.
			D67	Deficiencia del factor IX
D68.0	Enfermedad de Von Willebrand.			
23	CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	Tumores del Sistema Nervioso Central.	C71.9	Astrocitoma.
24			C71.6	Meduloblastoma.
25			C47	Neuroblastoma.

26			C71: M9391/3, M9392/3, M9393/1, M9394/1, M9383/1	Ependimoma.	
27			C71: M906-M909	Otros*.	
28			C64	Tumor de Wilms.	
29	Tumores Renales.		C64: M8960/1, M8964/3, M8963/3, M8312/3	Otros*.	
30	Leucemias.	C91.0	Leucemia Linfoblástica Aguda.		
31		C92.1: M9863/3	Leucemia Mieloblástica Aguda.		
32		C92.0	Leucemias Crónicas.		
33	Tumores Hepáticos.	D46	Síndromes mielodisplásicos		
34		C22.2	Hepatoblastoma.		
35	Tumores Óseos.	C22.7, C22.9	Hepatocarcinoma.		
36		C40	Osteosarcoma.		
37	Linfomas.	C41	Sarcoma de Ewing.		
38		C82, C83, C85	Linfoma no Hodgkin.		
39	Tumores del Ojo.	C81	Enfermedad o Linfoma de Hodgkin.		
40		C69.2	Retinoblastoma.		
41	Sarcomas.	C49	Sarcoma de Partes Blandas.		
42	Tumores Germinales.	M906-M909	Gonadales.		
43			Extragonadales.		

44		Carcinomas.	C10.9, C11.9, C15.9, C16.9, C18.9, C25.9: M8000/3, C25.9: M8010/3, C32.9, C34.9: M8240/3, C34.9: M8972/3, C43.9, C45.9, C73X, C75.0, C74.0, C74.1	Diversos*
45		Histiocitosis.	C96.1	Histiocitosis maligna.

Anexo 5. Informe Trimestral del Ejercicio de los Recursos e instructivo de llenado.

Instructivo de llenado del Informe Trimestral del Ejercicio de los Recursos.

1. Señalar la entidad federativa que presenta el informe.
2. Precisar tipo de apoyo: "Apoyo económico a los SESA por incremento en la demanda de servicios"
3. Establecer la cantidad total de recursos transferidos, según el tipo de apoyo, durante el ejercicio fiscal 2017.
4. Establecer la cantidad total de recursos ejercidos, según el tipo de apoyo.
5. Anotar la partida de gasto numérica en la cual se ejercieron los recursos.
6. Enunciar la partida de gasto en la cual se ejercieron los recursos.
7. Manifestar el ejercicio acumulado por partida de gasto. La suma total de los montos anotados en estos renglones, debe coincidir con el total referido en el numeral 4.
8. Referir el monto total de los recursos no ejercidos, que será reintegrado a la Tesorería de la Federación.
9. Firma autógrafa del Secretario de Salud de la entidad federativa.
10. Firma autógrafa del Director Administrativo de los Servicios de Salud de la entidad federativa.
11. Firma autógrafa del Director del REPSS.
12. Leyenda: "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa".

Anexo 6. Partidas de gasto para el apoyo económico a los SESA por incremento en la demanda de servicios.

Núm.	Partidas de Gasto
------	-------------------

1	11301	Sueldos base
2	12101	Honorarios
3	12201	Sueldos base al personal eventual
4	21101	Materiales y útiles de oficina
5	21201	Materiales y útiles de impresión y reproducción
6	21401	Materiales y útiles para el procesamiento en equipos y bienes informáticos
7	21501	Material de apoyo informativo
8	21601	Material de limpieza
9	22102	Productos alimenticios para personas derivado de la prestación de servicios públicos en unidades de salud, educativas, de readaptación social
10	22301	Utensilios para el servicios de alimentación
11	24201	Cemento y productos de concreto
12	24301	Cal, yeso y productos de yeso
13	24401	Madera y productos de madera
14	24501	Vidrio y productos de vidrio
15	24601	Material eléctrico y electrónico
16	24701	Artículos metálicos para la construcción
17	24801	Materiales complementarios
18	24901	Otros materiales y artículos de construcción y reparación
19	25101	Productos químicos básicos
20	25301	Medicinas y productos farmacéuticos
21	25401	Materiales, accesorios y suministros médicos
22	25501	Materiales, accesorios y suministros de laboratorio

23	25901	Otros productos químicos
24	26105	Combustibles, lubricantes y aditivos para maquinaria, equipo de producción y servicios administrativos
25	27101	Vestuario y uniformes
26	27501	Blancos y otros productos textiles, excepto prendas de vestir
27	29101	Herramientas menores
28	29201	Refacciones y accesorios menores de edificios
29	29301	Refacciones y accesorios menores de mobiliario y equipo de administración, educacional y recreativo
30	29401	Refacciones y accesorios para equipo de cómputo
31	29501	Refacciones y accesorios menores de equipo e instrumental médico y de

		laboratorio
32	29801	Refacciones y accesorios menores de maquinaria y otros equipos
33	31101	Servicio de energía eléctrica
34	31201	Gas
35	31301	Servicio de agua
36	32301	Arrendamiento de equipo y bienes informáticos
37	32601	Arrendamiento de maquinaria y equipo
38	33303	Servicios relacionados con certificación de procesos
39	33603	Impresiones de documentos oficiales para la prestación de servicios públicos, identificación, formatos administrativos y fiscales, formas valoradas, certificados y títulos
40	33604	Impresión y elaboración de material informativo derivado de la operación y administración de las dependencias y entidades
41	33901	Subcontratación de servicios con terceros
42	34701	Fletes y maniobras
43	35101	Mantenimiento y conservación de inmuebles
44	35201	Mantenimiento y conservación de mobiliario y equipo de administración
45	35301	Mantenimiento y conservación de bienes informáticos
46	35401	Instalación, reparación y mantenimiento de equipo e instrumental médico y del laboratorio
47	35701	Mantenimiento y conservación de maquinaria y equipo
48	35801	Servicios de lavandería, limpieza e higiene
49	51101	Mobiliario
50	51501	Bienes informáticos
51	51901	Equipo de administración
52	53101	Equipo médico y de laboratorio
53	53201	Instrumental médico y de laboratorio
54	56400	Sistema de aire acondicionado, calefacción y refrigeración industrial y comercial
55	56601	Maquinaria y equipo eléctrico y electrónico
56	62201	Obras de construcción para edificios no habitacionales
57	62202	Mantenimiento y rehabilitación de edificaciones no habitacionales
58	24101	Productos minerales no metálicos

Anexo 7. Proceso Sistema SMSXXI

Anexo 8. Modelos de convenio de colaboración para la transferencia de recursos federales.

Ø APOYO ECONÓMICO A LOS SESA POR INCREMENTO EN LA DEMANDA DE SERVICIOS

CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD A TRAVÉS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, REPRESENTADA POR EL DR. GABRIEL JAIME O'SHEA CUEVAS, COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ "LA SECRETARÍA", ASISTIDO POR EL DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO, _____, POR EL DIRECTOR GENERAL DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN, _____ Y EL DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI, _____; Y POR OTRA PARTE EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE _____, REPRESENTADO POR EL _____, SECRETARIO DE SALUD Y TITULAR DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD; EL SECRETARIO DE (FINANZAS O LA DENOMINACIÓN CORRESPONDIENTE), ASÍ COMO POR EL _____, TITULAR DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "EL ESTADO", A QUIENES CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

1. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4º, párrafos cuarto y noveno, el derecho humano de toda persona a la protección de la salud, disponiendo que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como el derecho que tienen los niños y las niñas a la satisfacción de sus necesidades de salud.
2. La promoción de la salud de los niños representa un objetivo estratégico para todo Estado que pretenda construir una sociedad sana, justa y desarrollada. La condición de salud de los niños afecta de manera importante el rendimiento educativo de los escolares, y éste, a su vez, tiene un efecto significativo en la salud y la capacidad productiva en la edad adulta, es decir, la salud de los primeros años determina las condiciones futuras de esa generación.
3. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en su apartado VI. "Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción", literal VI.2. México Incluyente, Objetivos 2.2 y 2.3, establece lo siguiente: Objetivo 2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente.

Estrategia 2.2.2. Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población.

Línea de acción: Promover el desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil.

Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.

Estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.

Línea de acción: Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud.

Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.

Líneas de acción: Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, a fin de reducir la mortalidad infantil y materna, e intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal.

4. El Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017, en su Anexo _____ establece el Programa Seguro Médico Siglo XXI, en lo sucesivo "**EL PROGRAMA**", como uno de los que deben sujetarse a Reglas de Operación, mediante el cual el Gobierno Federal continuará en dicho ejerciciofiscal, las acciones que aseguren la cobertura de servicios de salud a los menores de cinco años que no cuentan con ningún tipo de seguridad social, financiando en términos de las Reglas de Operación, la atención médica preventiva, detección temprana de enfermedades, tratamiento oportuno y disminución de daños a la salud, además de garantizar la afiliación de toda la familia al Sistema de Protección Social en

Salud.

5. Con fecha _____, "**LA SECRETARÍA**" y "**EL ESTADO**", suscribieron el Acuerdo Marco de Coordinación con el objeto facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general, así como fijar las bases y mecanismos generales para transferir y dotar a la Entidad de recursos, en lo sucesivo "**EL ACUERDO MARCO**", instrumento jurídico que establece la posibilidad de celebrar convenios específicos.

6. Con fecha _____ se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI para el Ejercicio Fiscal 2017, en lo sucesivo "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**".

7. El objetivo específico de "**EL PROGRAMA**" consiste en otorgar financiamiento para que los menores de cinco años beneficiarios del mismo, cuenten con un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia de atención médica y preventiva, complementaria a la considerada en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y en el Catálogo de Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud.

DECLARACIONES

I. "LA SECRETARÍA" declara que:

I.1. Es una Dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, en términos de lo dispuesto en los artículos 2, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la cual le corresponden, entre otras atribuciones, las de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social y servicios médicos y salubridad general.

I.2. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en lo sucesivo la "**CNPSS**" es un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, en términos de los artículos 77 bis 35 de la Ley General de Salud, 2 literal C, fracción XII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 3, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la cual cuenta con autonomía técnica, administrativa y de operación.

I.3. El Comisionado Nacional de Protección Social en Salud tiene la facultad y legitimación para suscribir el presente Convenio, conforme a lo dispuesto por los artículos 38, fracción V, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 6, fracción I, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, cargo que se acredita con nombramiento de fecha _____, expedido por _____.

I.4. La "**CNPSS**" cuenta con atribuciones para instrumentar la política de protección social en salud; impulsar la coordinación y vinculación de acciones del Sistema de Protección Social en Salud con las de otros programas sociales para la atención a grupos indígenas, marginados, rurales y, en general, a cualquier grupo vulnerable desde una perspectiva intercultural que promueva el respeto a la persona y su cultura, así como sus derechos humanos en salud; administrar los recursos financieros que en el marco del Sistema le suministre la Secretaría de Salud y efectuar las transferencias que correspondan a las entidades federativas, acorde a lo establecido en el artículo 4, fracciones I, VI y XIII, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

I.5. La Dirección General de Financiamiento, en lo sucesivo la "**DGF**", cuenta con atribuciones para: (i) diseñar y proponer en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, los esquemas y mecanismos financieros que sean necesarios para el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, incluyendo el desarrollo de programas de salud dirigidos a grupos indígenas, marginados, rurales y en

general a cualquier grupo vulnerable; (ii) determinar los criterios para la operación y administración de los fondos generales y específicos relacionados con las funciones comprendidas en el Sistema de Protección Social en Salud y de los programas orientados a la atención de grupos vulnerables; (iii) coadyuvar, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, en las acciones de supervisión financiera del Sistema de Protección Social en Salud, y de los programas de atención a grupos indígenas, marginados, rurales y, en general, a cualquier grupo vulnerable para garantizar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, así como de sus metas y objetivos, de conformidad con el artículo 9, fracciones III, VI y VII del Reglamento Interno de la

Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

I.6 La Dirección General de Afiliación y Operación, en lo sucesivo la "**DGAO**", se encuentra facultada para: (i) diseñar, operar y administrar la base de datos del Padrón; (ii) revisar y verificar la congruencia de la información de los titulares y familias de los padrones de afiliados remitidos por las entidades federativas para la tramitación del financiamiento federal; de conformidad con el artículo 8, fracciones VII y IX, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

I.7. La Dirección General Adjunta del Programa Seguro Médico Siglo XXI, en lo sucesivo "**DGA SMSXXI**", participa en el presente instrumento jurídico en su carácter de área de la "**CNPSS**" responsable de "**EL PROGRAMA**" para el mejor desempeño de las funciones inherentes a la operación del mismo, previstas en las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables al mismo.

I.8. Para llevar a cabo el objetivo de "**EL PROGRAMA**", realizará la transferencia de recursos federales a las Entidades Federativas, de conformidad con lo que establece la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, en sus artículos 74 y 75, en el sentido de que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizará la ministración de los subsidios y transferencias con cargo a los presupuestos de las dependencias, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables. Dichas transferencias y subsidios deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en la Ley citada se señalan.

I.9. Cuenta con recursos federales autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, para hacer frente a las obligaciones derivadas de la suscripción del presente instrumento.

I.10. Para efectos del presente Convenio señala como domicilio el ubicado en la Calle Gustavo E. Campa número 54, Colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01020, en la Ciudad de México.

II. "EL ESTADO" declara que:

II.1. Es un Estado Libre y Soberano que forma parte integrante de la Federación y que el ejercicio de su Poder Ejecutivo se deposita en el Gobernador del Estado, conforme a lo dispuesto por los artículos 40, 42, fracción I y 43 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con las atribuciones y funciones que le confieren la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de _____ y la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____ (o la que corresponda en el Estado).

II.2. El Secretario de Salud y/o el Titular de los Servicios Estatales de Salud, comparece a la suscripción del presente Convenio Específico, de conformidad con los artículos _____ de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____ (o la que corresponda en el Estado), cargo que quedó debidamente acreditado con nombramiento de fecha _____, expedido por _____.

II.3. El Secretario de Finanzas (o su equivalente), comparece a la suscripción del presente Convenio Específico, de conformidad con los artículos _____ de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____, (o la que corresponda en el Estado), cargo que quedó debidamente acreditado con nombramiento de fecha _____, expedido por _____, y participa con carácter de "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**".

II.4. El Director General (o la denominación que corresponda) del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, en lo sucesivo "**EL REPSS**", comparece a la suscripción del

presente Convenio Específico, de conformidad con los artículos _____ de _____, cargo que quedó debidamente acreditado con nombramiento de fecha _____, expedido por _____.

II.5. Para los efectos de este Convenio la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**" será _____.

II.6. Para efectos del presente Convenio señala como domicilio el ubicado en: _____.

III. "LAS PARTES" declaran que:

III.1. "**EL PROGRAMA**" es federal, público y de afiliación voluntaria, su costo es cubierto mediante un subsidio federal proveniente de recursos presupuestarios autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017, que complementan los recursos que las entidades federativas reciben de la Federación por conceptos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal del Sistema de Protección Social en Salud, así como del Ramo 12 y del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del Ramo 33, destinados a la prestación de servicios médicos.

III.2. Están de acuerdo en celebrar el presente Convenio Específico de Colaboración en materia de transferencia de recursos para la ejecución de "**EL PROGRAMA**", conforme a las estipulaciones que se contienen en las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO. El presente Convenio Específico de Colaboración tiene por objeto que "**LA SECRETARÍA**" transfiera a "**EL ESTADO**" recursos presupuestarios federales destinados a "**EL PROGRAMA**", por concepto de "**Apoyo económico a los SESA por incremento en la demanda de servicios**", señalado en el numeral 5.3.1 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria.

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES. "**LA SECRETARÍA**" transferirá a "**EL ESTADO**" por conducto del "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**", los recursos presupuestarios federales correspondientes a "**EL PROGRAMA**" conforme a lo dispuesto en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017, para coordinar la participación de "**EL ESTADO**" en materia de salubridad general, en términos de los artículos 9 y 13, de la Ley General de Salud, "**EL ACUERDO MARCO**", "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**" y el presente instrumento jurídico.

"**LA SECRETARÍA**" realizará la transferencia de los recursos en términos de las disposiciones federales aplicables, radicándose a través del "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**", en la cuenta bancaria productiva específica que éste establezca para tal efecto en forma previa a la entrega de los recursos, informando de ello a "**LA SECRETARÍA**" por conducto de "**EL REPSS**", con la finalidad de que los recursos transferidos y sus rendimientos financieros estén debidamente identificados.

Los rendimientos financieros que generen los recursos transferidos deberán destinarse al objeto de "**EL PROGRAMA**".

Para garantizar la transferencia oportuna de los recursos a "**EL ESTADO**", éste, a través de "**EL REPSS**", deberá realizar en forma inmediata a la suscripción del presente instrumento las acciones administrativas necesarias para asegurar el registro de la cuenta bancaria en la Tesorería de la Federación.

La transferencia de los recursos se hará de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria y a la afiliación reportada por "**EL REPSS**", la cual será validada por la "**DGAO**", misma que la comunicará a la "**DGF**", para que se determine y realice la transferencia de los recursos correspondientes.

"**EL ESTADO**" a través de "**EL REPSS**", por cada transferencia de recursos federales deberá enviar a la "**DGF**", dentro de los 15 días hábiles posteriores a la misma, un recibo que será emitido por el "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**", el cual deberá:

- a) Ser expedido a nombre de: Secretaría de Salud / Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
- b) Precisar el monto de los recursos transferidos;

- c) Señalar la fecha de emisión;
- d) Señalar la fecha de recepción de los recursos, y
- e) Precisar el nombre del Programa y los conceptos relativos a los recursos presupuestarios federales recibidos.

"**LA SECRETARÍA**", por conducto de la "**DGF**", comunicará a "**EL ESTADO**" a través de _____, la realización de las transferencias de recursos e independientemente de su entrega oficial, dicha comunicación podrá ser enviada por correo electrónico a la cuenta institucional que para tal efecto indique "**EL ESTADO**". En caso de existir modificación a dicha cuenta, deberá comunicarse de manera oficial a la "**DGF**".

Los documentos justificativos de la obligación de pago para "**LA SECRETARÍA**" serán las disposiciones jurídicas aplicables, "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", la afiliación reportada por "**EL REPSS**" y validada por la "**DGAI**", y el presente Convenio. El documento comprobatorio será el recibo a que se refiere la presente Cláusula.

TERCERA.- DEVENGÓ POR LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS FEDERALES. Los recursos para cumplir con el objeto del presente instrumento que transfiere "**LA SECRETARÍA**" en favor de "**EL ESTADO**", se consideran devengados para "**LA SECRETARÍA**" una vez que se constituyó la obligación de entregar el recurso correspondiente de acuerdo a la afiliación de beneficiarios contenidos en el padrón a que se refieren "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**". A dicha obligación le será aplicable el primer supuesto jurídico que señala el artículo 175 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. Para "**EL ESTADO**" aplicará lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.

CUARTA.- INFORMACIÓN DEL EJERCICIO DE LOS RECURSOS TRANSFERIDOS. Los recursos transferidos se ejercerán conforme a las partidas de gasto precisadas en el **Anexo 6** de las **REGLAS DE OPERACIÓN**, que en el presente instrumento se identifica como **Anexo 1**.

Para efectos de los numerales 5.3.1. y 6.2.2., de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", "**EL ESTADO**", por conducto de "**EL REPSS**", deberá informar trimestralmente a la "**DGA SMSXXI**", el ejercicio de los recursos transferidos utilizando el formato denominado "Informe Trimestral del Ejercicio de los Recursos", identificado como **Anexo 5** de las **REGLAS DE OPERACIÓN** y que para efectos del presente instrumento, se señala como **Anexo 2**. Dicho informe contendrá las firmas autógrafas del **Secretario de Salud o su equivalente**, del **Director Administrativo o su equivalente** y del **Titular de "EL REPSS"**, y remitirse dentro de los 10 días hábiles posteriores a la conclusión del trimestre que se informa.

En el Informe citado, sólo se señalarán los recursos efectivamente ejercidos durante el trimestre que se reporta. En el supuesto en el que en un trimestre no se ejercieran recursos, el informe se enviará en ceros. El cómputo del primer trimestre a informar, se hará a partir de la fecha de realización de la primera transferencia de recursos a "**EL ESTADO**".

Será responsabilidad de "**EL ESTADO**", verificar la veracidad de la información contenida en los informes a que se refiere esta cláusula.

Los informes del ejercicio de los recursos señalados, representarán la comprobación del ejercicio de los recursos que "**EL ESTADO**" entregue a "**LA SECRETARÍA**".

Lo anterior en términos del Capítulo VII "De la transparencia, supervisión, control y fiscalización del manejo de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud", del Título Tercero Bis, de la Ley General de Salud.

"**EL ESTADO**" se compromete a cumplir con la entrega oportuna de la información antes referida, considerando que la misma es componente indispensable para efectos de la transparencia, control y supervisión en la aplicación de los recursos federales transferidos y para el cumplimiento de los fines, así como que, es información importante para la rendición de cuentas y para los efectos de los objetivos de fiscalización.

QUINTA.- REGISTRO Y COMPROBANTES DEL GASTO DE LOS RECURSOS TRANSFERIDOS. "**EL ESTADO**", para la integración de la información financiera relativa a los recursos federales transferidos para la ejecución de "**EL PROGRAMA**", deberá observar las disposiciones del artículo 70 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

Los comprobantes originales que amparen los gastos en que incurra "**EL ESTADO**" para la operación y desarrollo de "**EL PROGRAMA**", deberán:

- a) Estar expedidos a nombre de los Servicios Estatales de Salud, por la persona física o moral a quien se efectuó el pago.
- b) Cubrir los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones federales aplicables, siendo responsabilidad de la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**" su revisión.
- c) Contener impreso un sello que identifique el nombre de "**EL PROGRAMA**", origen de los recursos con los que se cubrió el gasto y el ejercicio fiscal 2017.

Dichos documentos quedarán en resguardo de "**EL ESTADO**", bajo su estricta responsabilidad, comprometiéndose a ponerlos a disposición de las entidades fiscalizadoras locales o federales competentes y, en su caso, de la "**CNPSS**", cuando así le sea requerido.

SEXTA.- INDICADORES. Para dar seguimiento a los indicadores establecidos en el numeral 8.2 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", "**EL ESTADO**" se obliga a proporcionar a "**LA SECRETARÍA**" la información de las variables de dichos indicadores a través del Sistema de Información en Salud, el cual forma parte del Sistema Nacional de Información de Salud (SINAIS) en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

SÉPTIMA.- OBLIGACIONES DE "EL ESTADO". Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio, "**EL ESTADO**", además de lo establecido en el numeral 5.1.4 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", se obliga a:

- I. Recibir, a través del "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**", las transferencias federales que "**LA SECRETARÍA**" realice por concepto de "**Apoyo económico a los SESA por incremento en la demanda de servicios**" a la cuenta productiva que el "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**" aperture para la ministración y control exclusivo de los recursos por el concepto referido. Es responsabilidad de la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**" y de "**EL REPSS**" dar seguimiento a las transferencias que realice "**LA SECRETARÍA**".
 - II. Enviar a la "**DGF**", a través de "**EL REPSS**", un recibo emitido por el "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**", por cada transferencia recibida, de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula Segunda del presente instrumento.
 - III. Informar y ministrar a la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**", por conducto del "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**", las transferencias recibidas, íntegramente junto con los rendimientos financieros que se generen, dentro de los cinco días hábiles siguientes a su recepción. Vencido el plazo anterior, "**LA UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**" hará de conocimiento a "**EL REPSS**" dentro de los cinco días hábiles siguientes, el monto total de los recursos federales ministrados por el "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**", identificando el monto principal y los rendimientos financieros. Transcurrido el plazo señalado, "**EL REPSS**" dentro de los 5 días hábiles siguientes, comunicará a la "**DGA SMSXXI**" la recepción u omisión del informe que la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**" le haga sobre los recursos federales ministrados.
 - IV. Aplicar los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda conforme a las partidas de gasto precisadas en el **Anexo 1** del presente instrumento, a través de la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**", por lo que se hace responsable del uso, aplicación y destino de los citados recursos.
 - V. Entregar, por conducto de "**EL REPSS**", a "**LA SECRETARÍA**", a través de la "**DGF**" y la **DGA SMSXXI**, según corresponda, la información estipulada en el presente Convenio en términos del numeral 6.2.2 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**".
- Asimismo, mantendrá bajo su custodia, a través de la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**", la documentación comprobatoria original de los recursos presupuestarios federales erogados, y la pondrá a disposición de los órganos fiscalizadores locales o federales competentes y, en su caso, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y "**LA SECRETARÍA**", cuando así le sea requerido. Igualmente, proporcionará la información adicional que le sea requerida de conformidad con las disposiciones jurídicas correspondientes y "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**".
- VI. Reintegrar los recursos presupuestarios federales transferidos, que después de ser radicados al "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**", no hayan sido informados y ministrados a la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**" o que una vez ministrados a esta última, no sean ejercidos para los fines y en los términos de este Convenio. Dichos recursos junto con los rendimientos financieros generados deberán ser reintegrados conforme a las

disposiciones jurídicas aplicables.

VII. Informar por conducto de "**EL REPSS**" a "**LA SECRETARÍA**" a través de "**DGA SMSXXI**", sobre el avance de las acciones respectivas, así como los resultados de las evaluaciones que se hayan realizado y, en su caso, la diferencia entre el monto de los recursos transferidos y aquellos erogados. Los informes referidos serán los que la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**" entregue a "**EL REPSS**", quien deberá revisarlos antes de su envío a la "**DGA SMSXXI**".

VIII. Mantener actualizados por conducto de la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**" los indicadores de resultados de los recursos transferidos, así como evaluar los resultados que se obtengan con los mismos.

IX. Establecer mediante la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**", con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinan los recursos transferidos.

X. Informar por conducto de _____, sobre la suscripción de este Convenio a los órganos de control y de fiscalización de "**EL ESTADO**", y entregarles copia del mismo.

XI. Realizar las acciones que se requieran para la ejecución del objeto del presente instrumento, con

recursos humanos bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, por lo que no existirá relación laboral alguna entre éstos y "**LA SECRETARÍA**", la que en ningún caso se considerará como patrón sustituto o solidario.

XII. Supervisar a través de "**EL REPSS**", el cumplimiento de las acciones que se provean en materia de protección social en salud conforme al objeto del presente Convenio, solicitando, en su caso, la aclaración o corrección de dichas acciones, para lo cual podrá solicitar la información que corresponda.

XIII. Propiciar la participación de los responsables de los beneficiarios de "**EL PROGRAMA**" 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 dicho programa, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados al mismo, para lo cual se sujetará 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 28 de octubre de 2016, con la finalidad de promover y realizar las acciones necesarias para la integración, operación y reporte de la contraloría social, mediante el "Esquema de Contraloría Social Seguro Médico Siglo XXI para el 2017", identificado como Anexo 12 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", que para efectos del presente convenio se identifica como Anexo 3.

XIV. Publicar en el _____, órgano oficial de difusión de "**EL ESTADO**", el presente Convenio, así como sus modificaciones.

XV. Difundir en su página de Internet y, en su caso, de la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**", el concepto financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento.

OCTAVA.- OBLIGACIONES DE "LA SECRETARÍA". "LA SECRETARÍA", por conducto de la "CNPSS**", se obliga a:**

I. Transferir por conducto de la "**DGF**", a "**EL ESTADO**" a través del "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**" el monto correspondiente por concepto de "**Apoyo económico a los SESA por incremento en la demanda de servicios**", de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria y la afiliación reportada por "**EL REPSS**", validada por la "**DGAO**".

II. Coadyuvar en el ámbito de sus atribuciones con los entes fiscalizadores competentes, en la verificación de que los recursos presupuestarios federales transferidos sean aplicados únicamente para la realización de los fines a los cuales son destinados.

III. Abstenerse de intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos, convenios o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice "**EL ESTADO**" para cumplir con los fines para los cuales son destinados los recursos presupuestarios federales transferidos.

IV. Realizar, por conducto de "**DGA SMSXXI**", de acuerdo al esquema de monitoreo, supervisión y evaluación de la operación e impacto del Seguro Médico Siglo XXI establecido

en el Plan Estratégico de Supervisión del Sistema de Protección Social en Salud, las visitas determinadas por ejercicio fiscal, para lo cual podrá solicitar la información que corresponda.

V. Realizar, por conducto de la "**DGF**", la supervisión financiera de "**EL PROGRAMA**" consistente en verificar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula Segunda de este Convenio.

VI. Hacer del conocimiento de forma oportuna, por conducto de la "**CNPSS**", a los órganos de control de "**EL ESTADO**", a la Auditoría Superior de la Federación y a la Secretaría de la Función Pública, los casos que conozca en que los recursos federales transferidos por virtud de este Convenio no hayan sido aplicados a los fines a los que fueron destinados.

VII. Hacer del conocimiento de "**EL ESTADO**", por conducto de "**CNPSS**", el incumplimiento de sus obligaciones que sea causa de efectuar el reintegro de los recursos federales transferidos, incluyendo los intereses que correspondan conforme a las disposiciones jurídicas aplicables, en los supuestos y términos señalados en las fracciones III y VI, de la Cláusula Séptima de este Convenio.

VIII. Informar en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y en los demás informes que sean requeridos,

a través de la "**DGF**" la transferencia de los recursos federales y por conducto de la "**DGA SMSXXI**", la información relativa a la aplicación de los recursos transferidos con motivo del presente Convenio, proporcionada por "**EL ESTADO**".

IX. Dar seguimiento, en coordinación con "**EL ESTADO**", sobre el avance en el cumplimiento del objeto del presente instrumento.

X. Establecer, a través de las unidades administrativas de la "**CNPSS**", de acuerdo a su ámbito de competencia, con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinan los recursos transferidos.

XI. Sujetarse en lo conducente 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 28 de octubre de 2016, con la finalidad de promover y realizar las acciones necesarias para la integración, operación y reporte de la contraloría social, mediante el "Esquema de Contraloría Social Seguro Médico Siglo XXI para el 2017", identificado como Anexo 12 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", que para efectos del presente convenio se identifica como Anexo 3.

XII. Publicar el presente Convenio en el Diario Oficial de la Federación, así como en su página de Internet.

NOVENA.- VIGENCIA. El presente instrumento jurídico comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2017.

DÉCIMA.- MODIFICACIONES AL CONVENIO. "**LAS PARTES**" acuerdan que el presente Convenio podrá modificarse de común acuerdo y por escrito, en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio obligarán a sus signatarios a partir de la fecha de su firma.

En caso de contingencias para la realización de "**EL PROGRAMA**", "**LAS PARTES**" se comprometen a acordar y realizar las medidas o mecanismos que permitan afrontar dichas contingencias, mismos que serán formalizados mediante la suscripción del convenio modificatorio correspondiente.

DÉCIMA PRIMERA.- REINTEGRO DE RECURSOS FEDERALES. Procederá que "**EL ESTADO**" reintegre los recursos que le fueron transferidos cuando:

I. No se destinen a los fines autorizados, de acuerdo con el numeral 5.4 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**".

II. Se den los supuestos previstos en el artículo 17, de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.

III. Se den los supuestos previstos en la fracción VI, de la Cláusula Séptima de este Convenio.

El reintegro de los recursos, incluyendo los rendimientos financieros que correspondan, se

realizará a la Tesorería de la Federación, en términos de lo dispuesto en el artículo 17, de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.

Cuando "**LA SECRETARÍA**" tenga conocimiento de alguno de los supuestos establecidos en esta Cláusula, deberá hacerlo oportunamente de conocimiento de la Auditoría Superior de la Federación, la Secretaría de Función Pública y de los órganos de control de "**EL ESTADO**", a efecto de que éstos realicen las acciones que procedan en su ámbito de competencia.

"**EL ESTADO**" deberá notificar de manera oficial a "**LA SECRETARÍA**" por conducto de la "**CNPSS**", la realización del reintegro correspondiente o, en su caso, la comprobación de la debida aplicación de los recursos en los términos establecidos en el presente instrumento.

DÉCIMA SEGUNDA.- CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR. "**LAS PARTES**" no tendrán responsabilidad por los daños y perjuicios que pudieran ocasionarse por causas de fuerza mayor o caso fortuito que impidan, la ejecución total o parcial de las obligaciones del objeto del presente instrumento.

Una vez superados dichos eventos se reanudarán las actividades en la forma y términos que señalen "**LAS PARTES**".

DÉCIMA TERCERA.- COMUNICACIONES. Las comunicaciones de tipo general, que se realicen con

motivo de este Convenio, deberán ser por escrito, con acuse de recibo y dirigirse a los domicilios señalados por "**LAS PARTES**" en el apartado de declaraciones de este instrumento.

En caso de que alguna de "**LAS PARTES**" cambie de domicilio, se obligan a dar el aviso correspondiente a la otra, con 30 días naturales de anticipación a que dicho cambio de ubicación se realice.

DÉCIMA CUARTA.- CONTROL, VIGILANCIA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN. "**LAS PARTES**" acuerdan que la supervisión, control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios transferidos en virtud de este instrumento, serán realizados con apego a las disposiciones jurídicas aplicables, según corresponda, por "**LA SECRETARÍA**", la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública, la Auditoría Superior de la Federación, y demás órganos fiscalizadores federales y locales competentes, en su respectivo ámbito de atribuciones, sin perjuicio de las acciones de supervisión, vigilancia, control y evaluación que de forma directa o en coordinación con la Secretaría de la Función Pública, realicen los órganos de control de "**EL ESTADO**", así como "**EL REPPS**".

DÉCIMA QUINTA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA. El presente Convenio podrá darse por terminado cuando se presente alguna de las siguientes causas:

- I. Estar satisfecho el objeto para el que fue celebrado.
- II. Acuerdo de "**LAS PARTES**".
- III. Falta de disponibilidad presupuestaria para el cumplimiento de los compromisos a cargo de "**LA SECRETARÍA**".
- IV. Caso fortuito o fuerza mayor.

DÉCIMA SEXTA.- CAUSAS DE RESCISIÓN. El presente Convenio podrá rescindirse por las siguientes causas:

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

DÉCIMA SÉPTIMA.- ANEXOS. "**LAS PARTES**" reconocen como Anexos del presente instrumento jurídico, los que se mencionan a continuación, los cuales forman parte integrante del mismo y tienen la misma fuerza legal.

Anexo 1 "**Partidas de gasto para el apoyo económico a los estados por incremento en la demanda de los servicios**", el cual se encuentra identificado como Anexo 6 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**".

Anexo 2 "**Informe Trimestral del Ejercicio de los Recursos**", el cual se encuentra identificado como Anexo 5 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**".

Anexo 3 "**Esquema de Contraloría Social Seguro Médico Siglo XXI para el 2017**", identificado como Anexo 12 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**".

DÉCIMA OCTAVA.- CLÁUSULAS QUE SE TIENEN POR REPRODUCIDAS.- Dado que

el presente Convenio Específico deriva de "**EL ACUERDO MARCO**" a que se hace referencia en el apartado de Antecedentes de este instrumento, las Cláusulas que le sean aplicables atendiendo la naturaleza del recurso establecidas en "**EL ACUERDO MARCO**" se tienen por reproducidas para efectos de este instrumento como si a la letra se insertasen y serán aplicables en todo aquello que no esté expresamente establecido en el presente documento.

DÉCIMA NOVENA.- INTERPRETACIÓN Y SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. En caso de presentarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación o cumplimiento del presente Convenio "**LAS PARTES**" lo resolverán conforme al siguiente procedimiento:

I. De común acuerdo respecto de las dudas que se susciten con motivo de la ejecución o cumplimiento del presente instrumento.

II. En caso de no llegar a un arreglo satisfactorio, someterse a la legislación federal aplicable y a la jurisdicción de los tribunales federales competentes con residencia en la Ciudad de México, por lo que en el momento de firmar este Convenio, renuncian en forma expresa al fuero que en razón de su domicilio actual o futuro o por cualquier otra causa pudiere corresponderles.

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Convenio Específico de Colaboración, lo firman por sextuplicado a los _____ días del mes de _____ del año dos mil diecisiete.

Ø APOYO ECONÓMICO PARA EL PAGO DE INTERVENCIONES CUBIERTAS POR EL SMSXXI (CON SESA)

CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD A TRAVÉS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, REPRESENTADA POR EL DR. GABRIEL JAIME O'SHEA CUEVAS, COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ "LA SECRETARÍA", ASISTIDO POR EL DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO, _____, EL DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD _____, Y EL DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI, _____; Y POR OTRA PARTE EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE _____, REPRESENTADO POR EL _____, SECRETARIO DE SALUD Y TITULAR DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD; EL SECRETARIO DE (FINANZAS O LA DENOMINACIÓN CORRESPONDIENTE), ASÍ COMO POR EL _____, TITULAR DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "EL ESTADO", A QUIENES CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

1. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4o., párrafos cuarto y noveno, el derecho humano de toda persona a la protección de la salud, disponiendo que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como el derecho que tienen los niños y las niñas a la satisfacción de sus necesidades de salud.

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

3. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece en su apartado VI. "Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción", literal VI.2. México Incluyente en sus Objetivos 2.2 y 2.3, lo siguiente:

Objetivo 2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente.

Estrategia 2.2.2. Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población.

Línea de acción: Promover el desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil;

Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud

Estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud

Línea de acción: Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud

Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.

Línea de acción: Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, a fin de reducir la mortalidad infantil y materna, e Intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal.

4. El Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017, en su Anexo _____ establece al Seguro Médico Siglo XXI como uno de los programas que deben sujetarse a Reglas de Operación, mediante el cual el Gobierno Federal continuará con las acciones conducentes que aseguren la cobertura de servicios de la salud de todos los niños en el país, ya que operará en todas las localidades del territorio nacional financiando la atención médica completa e integral a los niños beneficiarios que no cuentan con ningún tipo de seguridad social, al tiempo que garantizará la afiliación inmediata de toda la familia al Sistema de Protección Social en Salud.

5. Con fecha _____, "**LA SECRETARÍA**" y "**EL ESTADO**" suscribieron el Acuerdo Marco de Coordinación, con el objeto facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general, así como fijar las bases y mecanismos generales para transferir y dotar a la Entidad de recursos, en lo sucesivo "**EL ACUERDO MARCO**", instrumento jurídico que establece la posibilidad de celebrar convenios específicos.

6. Con fecha _____ se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las Reglas de Operación

del Programa Seguro Médico Siglo XXI para el Ejercicio Fiscal 2017 en lo sucesivo "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**".

7. El objetivo específico de "**EL PROGRAMA**" consiste en otorgar financiamiento para que los menores de cinco años beneficiarios del mismo, cuenten con un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia de atención médica y preventiva, complementaria a la considerada en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y en el Catálogo de Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud.

8. Para llevar a cabo el objetivo general de "**EL PROGRAMA**", se realizará la transferencia de recursos a las Entidades Federativas, de conformidad con lo que establece la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, que dispone en sus artículos 74 y 75, que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizará la ministración de los subsidios y transferencias con cargo a los presupuestos de las dependencias, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables. Dichas transferencias y subsidios deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en la Ley citada se señalan.

DECLARACIONES

I. "LA SECRETARÍA" declara que:

I.1. Es una dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, en términos de lo dispuesto en los artículos 2, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la cual le corresponde, entre otras atribuciones, las de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social y servicios médicos y salubridad general.

I.2. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en adelante la "**CNPSS**" es un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, en términos de los artículos 77 bis 35 de la Ley General de Salud, 2 literal C, fracción XII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 3, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el cual cuenta con autonomía técnica, administrativa y de operación.

I.3. El Comisionado Nacional de Protección Social en Salud tiene la facultad y legitimación para suscribir el presente Convenio, según se desprende de lo previsto en los artículos 38, fracción V, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; y 6, fracción I, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, cargo que se acredita con nombramiento de fecha _____, expedido por _____.

I.4. La "**CNPSS**" cuenta con atribuciones para instrumentar la política de protección social en salud; impulsar la coordinación y vinculación de acciones del Sistema de Protección Social en Salud con las de otros programas sociales para la atención a grupos indígenas, marginados, rurales y, en general, a cualquier grupo vulnerable desde una perspectiva intercultural que promueva el respeto a la persona y su cultura, así como sus derechos humanos en salud; administrar los recursos financieros que en el marco del Sistema le suministre la Secretaría de Salud y efectuar las transferencias que correspondan a las entidades federativas, acorde a lo establecido en el artículo 4, fracciones I, VI y XIII, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

I.5. La Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, en lo sucesivo la "**DGGSS**" cuenta con atribuciones para: (i) proponer la incorporación gradual y jerarquizada de los servicios de salud y de las intervenciones clínicas al Sistema, así como su secuencia y alcance con el fin de lograr la cobertura universal de los servicios; (ii) estimar los costos derivados de las intervenciones médicas y de la provisión de nuevos servicios, con base en los protocolos clínicos y terapéuticos previendo su impacto económico en el Sistema, (iii) coadyuvar en la determinación de las cédulas de evaluación del Sistema, que se utilicen en el proceso de acreditación, en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, y (iv) coordinar las acciones para propiciar la cobertura y calidad de la atención médica integrando al Sistema los programas dirigidos a grupos vulnerables, conforme a lo establecido en el artículo 10, fracciones I, II, III BIS 3, y XI del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

I.6. La Dirección General de Financiamiento, en adelante la "**DGF**" cuenta con atribuciones para: (i) diseñar y proponer en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, los esquemas y mecanismos financieros que sean necesarios para el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, incluyendo el desarrollo de programas de salud dirigidos a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable; (ii) determinar los criterios para la operación y administración de los fondos generales y específicos relacionados con las funciones

comprendidas en el Sistema de Protección Social en Salud y de los programas orientados a la atención de grupos vulnerables; (iii) coadyuvar, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, en las acciones de supervisión financiera del Sistema de Protección Social en Salud, y de los programas de atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable para garantizar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, así como de sus metas y objetivos, de conformidad con el artículo 9 fracciones III, VI, VII, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

I.7. La Dirección General Adjunta del Programa Seguro Médico Siglo XXI, en lo sucesivo "**DGA SMSXXI**", participa en el presente instrumento jurídico en su carácter de área de la "**CNPSS**" responsable de "**EL PROGRAMA**" para el mejor desempeño de las funciones inherentes a la operación del mismo, previstas en las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables al mismo.

I.8. Cuenta con recursos presupuestales autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación para hacer frente a las obligaciones derivadas de la suscripción del presente instrumento.

I.9. Para llevar a cabo el objetivo de "**EL PROGRAMA**", realizará la transferencia de recursos federales a las Entidades Federativas, de conformidad con lo que establece la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, en sus artículos 74 y 75, en el sentido de que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizará la ministración de los subsidios y transferencias con cargo a los

presupuestos de las dependencias, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables. Dichas transferencias y subsidios deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en la Ley citada se señalan.

I.10. Para efectos del presente Convenio señala como domicilio el ubicado en la Calle Gustavo E. Campa, número 54, colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01020, en la Ciudad de México.

II. "EL ESTADO" declara que:

II.1. Es un Estado Libre y Soberano que forma parte integrante de la Federación y que el ejercicio de su Poder Ejecutivo se deposita en el Gobernador del Estado, conforme a lo dispuesto por los artículos 40, 42 fracción I y 43 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con las atribuciones y funciones que le confieren la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de _____ y la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____ (o la que corresponda en el Estado).

II.2. El Secretario de Salud y/o el Titular de los Servicios Estatales de Salud, comparece a la suscripción del presente Convenio, de conformidad con los artículos _____ de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____ (o la que corresponda en el Estado), cargo que quedó debidamente acreditado con nombramiento de fecha _____, expedido por _____.

II.3. El Secretario de Finanzas (o su equivalente), comparece a la suscripción del presente Convenio de conformidad con los artículos _____ de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____ (o la que corresponda en el Estado), cargo que quedó debidamente acreditado con nombramiento de fecha _____, expedido por _____ y participa con carácter de "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**".

II.4. El Director General (o la denominación que corresponda) del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, en adelante "**EL REPSS**" comparece a la suscripción del presente Convenio, de conformidad con los artículos _____ de _____, cargo que quedó debidamente acreditado con nombramiento de fecha _____, expedido por _____.

II.5. Para los efectos de este Convenio se considera como "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**" a _____.

II.6. Sus prioridades para alcanzar los objetivos pretendidos a través del presente instrumento son: _____.

II.7. Para efectos del presente Convenio señala como su domicilio el ubicado en: _____.

III. "LAS PARTES" declaran que:

III.1. "**EL PROGRAMA**" es federal, público y de afiliación voluntaria, su costo es cubierto mediante un subsidio federal proveniente de recursos presupuestarios autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017, que complementan los recursos que las entidades federativas reciben de la Federación por conceptos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal del Sistema de Protección Social en Salud, así como del Ramo 12 y del Fondo de Aportaciones para los Servicios de

Salud del Ramo 33, destinados a la prestación de servicios médicos.

III.2. Están de acuerdo en celebrar el presente Convenio Específico de Colaboración en materia de transferencia de recursos para la ejecución de "**EL PROGRAMA**", conforme a las estipulaciones que se contienen en las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO. El presente Convenio Específico de Colaboración tiene por objeto que "**LA SECRETARÍA**" transfiera a "**EL ESTADO**" recursos presupuestarios federales destinados a "**EL PROGRAMA**", por concepto de "**Apoyo económico para el pago de intervenciones cubiertas por el Seguro Médico Siglo XXI**", señalado en el numeral 5.3.2 de las "**REGLAS DE OPERACIÓN**" de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria.

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES. "**LA SECRETARÍA**" transferirá a "**EL ESTADO**" por conducto de "**EL RECEPTOR DE LOS**

RECURSOS", los recursos presupuestarios federales correspondientes a "**EL PROGRAMA**", conforme a lo dispuesto en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017, para coordinar su participación en materia de salubridad general en términos de los artículos 9 y 13, de la Ley General de Salud, "**EL ACUERDO MARCO**", las "**REGLAS DE OPERACIÓN**" y el presente instrumento jurídico.

LA SECRETARÍA" por conducto de la "**DGF**" realizará la transferencia de recursos en términos de las disposiciones aplicables, radicándose al "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**", en la cuenta bancaria productiva específica que éste establezca para tal efecto en forma previa a la entrega de los recursos, informando de ello por conducto de "**EL REPSS**" a "**LA SECRETARÍA**", con la finalidad de que los recursos transferidos y sus rendimientos financieros estén debidamente identificados.

Los rendimientos financieros que generen los recursos transferidos deberán destinarse al objeto de "**EL PROGRAMA**".

Para garantizar la entrega oportuna de las ministraciones a "**EL ESTADO**", éste por conducto de "**EL REPSS**" deberá realizar, en forma inmediata a la suscripción del presente instrumento, las acciones administrativas necesarias para asegurar el registro de la cuenta bancaria en la Tesorería de la Federación.

La transferencia de los recursos se realizará conforme a lo siguiente:

A) Será hasta por la cantidad que resulte del apoyo económico para el reembolso de intervenciones cubiertas por "**EL PROGRAMA**" realizadas a los beneficiarios del mismo durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017, 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 "**CNPSS**" que se encuentra en el **Anexo 1** de este Convenio.

Para los casos de las intervenciones de hipoacusia neurosensorial, implantación de prótesis coclear, trastornos innatos del metabolismo y enfermedades del sistema nervioso que requieran rehabilitación física y neurosensorial, su registro en el Sistema Informático del Seguro Médico Siglo XXI se hará al sustentar el diagnóstico. Será responsabilidad del prestador de servicios demostrar que el paciente recibió la prótesis auditiva externa y el implante coclear.

En el caso de las intervenciones realizadas a los beneficiarios de "**EL PROGRAMA**" y que no se enlisten en el tabulador del **Anexo 1** del presente instrumento, la "**CNPSS**", por conducto de "**DGA SMSXXI**", determinará si son elegibles de cubrirse con cargo a los recursos de "**EL PROGRAMA**", así como de fijar el monto de la tarifa a cubrir por cada uno de los eventos, el cual 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, y será verificada de acuerdo al expediente administrativo correspondiente e informado a la "**CNPSS**" por "**EL REPSS**", antes de la validación del caso.

Tratándose de intervenciones realizadas en las unidades médicas acreditadas para tal efecto por "**LA SECRETARÍA**", se transferirá el monto correspondiente al tabulador señalado en el **Anexo 1** de este Convenio. Para las intervenciones realizadas en unidades médicas no acreditadas por "**LASECRETARÍA**", se transferirá el 50 por ciento del citado tabulador o, en su caso, de la tarifa aplicada a las intervenciones no contempladas en el **Anexo 1**. Una vez que la unidad médica cuente con la acreditación por parte de "**LA SECRETARÍA**", "**EL ESTADO**" deberá informarlo a la "**CNPSS**" por conducto de "**DGASMSXXI**" y enviarle copia del documento en el que conste la acreditación, para que se actualice el estatus en el Sistema Informático del Seguro Médico Siglo XXI y, a partir de entonces le sean cubiertas las intervenciones realizadas por el prestador como unidad médica acreditada. En ambos casos, los beneficiarios no deberán cubrir ninguna cuota de recuperación.

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 en el Sistema Informático del Seguro Médico Siglo XXI bimestralmente.

No se cubrirán las acciones e intervenciones listadas en el **Anexo 2** de este Convenio.

B) "**EL ESTADO**" a través de "**EL REPSS**", por cada transferencia de recursos federales deberá enviar a la "**DGF**", dentro de los 15 días hábiles posteriores a la misma, un recibo que

será emitido por el "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**", y deberá cumplir con lo siguiente:

- a) Ser expedido a nombre de: Secretaría de Salud y/o Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
- b) Precisar el monto de los recursos transferidos;
- c) Señalar la fecha de emisión;
- d) Señalar la fecha de recepción de los recursos, y
- e) Precisar el nombre del Programa y los conceptos relativos a los recursos presupuestarios federales recibidos.

La notificación de transferencia por parte de la "**CNPSS**" se realizará por conducto de la "**DGF**" a "**EL ESTADO**", e independientemente de su entrega oficial, podrá ser enviada a través de correo electrónico a la cuenta institucional que para tal efecto indique "**EL ESTADO**". En caso de existir modificación a dicha cuenta, deberá notificarse de manera oficial a la "**DGF**".

Los documentos justificativos de la obligación de pago para "**LA SECRETARÍA**" serán las disposiciones jurídicas aplicables, "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", las intervenciones cubiertas reportadas por "**EL ESTADO**" y autorizadas para pago por "**DGA SMSXXI**", así como el presente Convenio. El documento comprobatorio será el recibo a que se refiere la presente cláusula.

C) De conformidad con las disposiciones citadas en la declaración III.1 de este Convenio Específico de Colaboración, deberá considerarse, para todos los efectos jurídico administrativos que corresponda, a los recursos señalados en la presente cláusula, como aquellos autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2017, que complementan los recursos que las entidades federativas reciben de la Federación por conceptos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal del Sistema de Protección Social en Salud, así como del Ramo 12 y del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del Ramo 33, destinados a la prestación de servicios médicos.

TERCERA.- DEVENGOS POR LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS FEDERALES. Los recursos para cumplir con el objeto del presente instrumento que transfiere "**LA SECRETARÍA**" en favor de "**EL ESTADO**", se consideran devengados para "**LA SECRETARÍA**" una vez que se constituyó la obligación de entregar el recurso a "**EL ESTADO**". A dicha obligación le será aplicable el primer supuesto jurídico que señala el artículo 175 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

CUARTA.- EJERCICIO Y COMPROBACIÓN DE LOS RECURSOS. Será responsabilidad de "**EL ESTADO**", verificar la veracidad de los datos contenidos en la información que se proporcione a "**LA SECRETARÍA**" sobre el ejercicio y comprobación de las intervenciones cubiertas solicitadas como reembolso a "**LA SECRETARÍA**" a través de la transferencia de recursos federales de "**EL PROGRAMA**".

Para ello "**EL ESTADO**" deberá mantener la documentación comprobatoria original de las intervenciones cubiertas con los reembolsos transferidos, a disposición de "**LA SECRETARÍA**", así como de las entidades fiscalizadoras federales y locales competentes, para su revisión en el momento que así se le requiera.

Cuando "**EL ESTADO**" conforme a lo señalado en el numeral 5.3.2 de las "**REGLAS DE OPERACIÓN**", solicite el reembolso de una intervención cubierta, "**LA SECRETARÍA**", por conducto de "**DGA SMSXXI**", revisará los soportes médicos y administrativos de su competencia, de cada intervención registrada y validadapor "**EL ESTADO**", a través del Sistema Informático del Seguro Médico Siglo XXI.

LA SECRETARÍA" a través de "**DGA SMSXXI**" validará el registro de los casos realizado por "**EL ESTADO**", verificando que contengan la información de carácter médico requerida, y su correcta clasificación de acuerdo al tabulador del **Anexo 1** de este Convenio, y, de ser procedente, autorizará los casos y montos para pago y enviará a la "**DGF**", un informe de los casos en que proceda transferir los recursos respectivos, para que ésta los transfiera a "**EL ESTADO**" de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria existente.

EL ESTADO", enviará a "**LA SECRETARÍA**" por conducto de la "**DGF**", el recibo correspondiente señalado en la Cláusula Segunda.

LA SECRETARÍA" a través de "**DGA SMSXXI**" no autorizará las intervenciones cuya información requerida para ello no sea proporcionada o cuando la calidad de la información recibida no permita su autorización, así como, cuando durante el proceso de autorización se determine la improcedencia del reembolso y, en consecuencia, dichas intervenciones no serán pagadas.

QUINTA.- COMPROBACIÓN DE LA RECEPCIÓN DE LOS RECURSOS FEDERALES TRANSFERIDOS. Los recursos presupuestales transferidos por "**LA SECRETARÍA**" se aplicarán por "**EL ESTADO**" como un reembolso y hasta por los importes que por cada intervención se indica en "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**" y en el **Anexo 1** del presente instrumento.

La comprobación de la recepción de los recursos transferidos se hará con el recibo que expida el "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**" y que sea enviado por "**EL REPSS**" a la "**DGF**", en los términos de lo señalado en la Cláusula Segunda del presente instrumento.

SEXTA.- INDICADORES. Para dar seguimiento a los indicadores establecidos en "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", "**EL ESTADO**" se obliga a proporcionar a "**LA SECRETARÍA**" por conducto de la "**CNPSS**", la información de las variables de dichos indicadores a través del Sistema de Información en Salud, el cual forma parte del Sistema Nacional de Información de Salud (SINAIS) en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

SÉPTIMA.- OBLIGACIONES DE "EL ESTADO". Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio, "**EL ESTADO**", además de lo establecido en el numeral 5.1.4 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", se obliga, entre otras acciones, a:

I. Recibir, a través del "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**" las transferencias federales que "**LA SECRETARÍA**" le realice por concepto de "**Apoyo económico para el pago de intervenciones cubiertas por el Seguro Médico Siglo XXI**" a la cuenta bancaria productiva que el "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**" aperture para la ministración y control exclusivo de los recursos por el concepto referido. Es responsabilidad de la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**" y de "**EL REPSS**", dar seguimiento a las transferencias de recursos que realice "**LA SECRETARÍA**".

II. Enviar a la "**DGF**", a través de "**EL REPSS**", un recibo emitido por el "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**" por cada transferencia, de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula Segunda del presente instrumento.

III. Informar y ministrar a la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**", por conducto del "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**" los reembolsos transferidos íntegramente, junto con los rendimientos financieros que se generen, dentro de los cinco días hábiles siguientes a su recepción. Vencido el plazo anterior, "**LA UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**" hará de conocimiento a "**EL REPSS**" dentro de los cinco días hábiles siguientes, el monto total de los recursos federales ministrados por el "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**", identificando el monto principal y los rendimientos financieros. Transcurrido el plazo señalado, "**EL REPSS**" dentro de los 5 días hábiles siguientes, comunicará a la "**DGA SMSXXI**" la recepción u omisión del informe que la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**" le haga sobre los recursos federales ministrados.

IV Aplicar los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda de este instrumento, para el reembolso correspondiente, a través de la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**", quien se hace responsable del uso, aplicación y destino de los citados recursos.

V Mantener bajo su custodia, a través de la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**", la documentación comprobatoria original de los recursos presupuestarios federales erogados, y la pondrá a disposición de los órganos fiscalizadores locales o federales competentes y, en su caso, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y "**LA SECRETARÍA**", cuando así le sea requerido. Igualmente, proporcionará la información adicional que le sea requerida de conformidad con las disposiciones jurídicas correspondientes y "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**".

VI. Reintegrar los recursos presupuestarios federales transferidos, que después de ser radicados al "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**" no hayan sido informados y ministrados a la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**" o que una vez ministrados a esta última, no sean ejercidos para los fines y en los términos de este Convenio Específico de Colaboración. Dichos recursos junto con los rendimientos financieros generados deberán ser reintegrados conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

VII. Mantener actualizados por conducto de la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**" los indicadores para resultados de los recursos transferidos, así como evaluar los resultados que se obtengan con los mismos.

VIII. Establecer mediante la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**", con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinan los recursos transferidos.

IX. Informar por conducto de _____, sobre la suscripción de este Convenio a los órganos de control y de fiscalización de "**EL ESTADO**", y entregarles copia del mismo.

X. Realizar las acciones que se requieran para la ejecución del objeto del presente instrumento, con recursos humanos bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, por lo que no existirá relación laboral alguna entre éstos y "**LA SECRETARÍA**", la que en ningún caso se considerará como patrónsustituto o solidario.

XI. Supervisar a través de "**EL REPSS**", el cumplimiento de las acciones que se provean en materia de protección social en salud conforme al objeto del presente Convenio, solicitando, en su caso, la aclaración o corrección de dichas acciones, para lo cual podrá solicitar la información que corresponda.

XII. Propiciar la participación de los responsables de los beneficiarios de "**EL PROGRAMA**" 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 dicho programa, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados al mismo, para lo cual se sujetará 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 28 de octubre de 2016, con la finalidad de promover y realizar las acciones necesarias para la integración, operación y reporte de la contraloría social, mediante el "Esquema de Contraloría Social Seguro Médico Siglo XXI para el 2017", identificado como Anexo 12 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", que para efectos del presente convenio se identifica como Anexo 3.

XIII. Publicar en _____, órgano oficial de difusión de "**EL ESTADO**", el presente Convenio, así como sus modificaciones.

XV. Difundir en su página de Internet y, en su caso, de la "**UNIDAD EJECUTORA DE LOS RECURSOS**", el concepto financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento.

XVI. Verificar que el expediente clínico de cada paciente beneficiario, contenga una copia de la póliza de afiliación respectiva, así como las recetas y demás documentación soporte de la atención médica y medicamentos proporcionados, sean resguardados por un plazo de 5 años, contados a partir de la última atención otorgada. El expediente deberá llevarse de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012 y sus respectivas modificaciones.

XVII. Guardar estricta confidencialidad respecto a la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento, que tengan el carácter de reservado en términos de las disposiciones aplicables.

OCTAVA.- OBLIGACIONES DE "LA SECRETARÍA". "LA SECRETARÍA" por conducto de la "CNPSS**", se obliga a:**

I. Transferir a través de la "**DGF**" a "**EL ESTADO**" por conducto del "**RECEPTOR DE LOS RECURSOS**", los reembolsos a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio, de acuerdo con los plazos derivados del procedimiento de pago correspondiente, la disponibilidad presupuestaria y la autorización de pago que "**DGA SMSXXI**" envíe a la "**DGF**".

II. Coadyuvar en el ámbito de sus atribuciones con los entes fiscalizadores competentes, en la verificación de que los recursos presupuestarios federales transferidos sean aplicados únicamente para la realización de los fines a los cuales son destinados.

III. Abstenerse de intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos, convenios

o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice "**EL ESTADO**" para cumplir con los fines para los cuales son destinados los recursos presupuestarios federales transferidos.

IV. Realizar, por conducto de "**DGA SMSXXI**", de acuerdo al esquema de monitoreo, supervisión y evaluación de la operación e impacto del Seguro Médico Siglo XXI establecido en el Plan Estratégico de Supervisión del Sistema de Protección Social en Salud, las visitas determinadas por ejercicio fiscal, para lo cual podrá solicitar la información que corresponda.

V. Realizar, por conducto de la "**DGF**", la supervisión financiera de "**EL PROGRAMA**" consistente en verificar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula Segunda, inciso B), de este Convenio.

VI. Hacer del conocimiento, a través de "**DGA SMSXXI**" de forma oportuna, a los órganos de control de "**EL ESTADO**", así como de la Auditoría Superior de la Federación y de la Secretaría de la Función Pública, los casos que conozca en que los recursos federales transferidos por virtud de este Convenio no tengan como origen el pago de intervenciones cubiertas por el Seguro Médico Siglo XXI, señalado en el numeral 5.3.2 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**".

VII. Hacer del conocimiento de "**EL ESTADO**", a través de "**DGA SMSXXI**", el incumplimiento de sus obligaciones que sea causa de efectuar el reintegro de los recursos federales transferidos, incluyendo los intereses que correspondan conforme a las disposiciones jurídicas aplicables, en los supuestos y términos señalados en la fracción VI de la Cláusula Séptima de este Convenio.

VIII. Informar en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y en los demás informes que sean requeridos, a través de la "**DGF**" lo relacionado con la transferencia de los recursos federales, y por conducto de "**DGA SMSXXI**" sobre la autorización de las intervenciones cubiertas por el Seguro Médico Siglo XXI que motivaron la transferencia de los recursos federales en términos del presente Convenio.

IX. Dar seguimiento, en coordinación con "**EL ESTADO**", sobre el avance en el cumplimiento del objeto del presente instrumento.

X. Establecer, a través de las unidades administrativas, de acuerdo a su ámbito de competencia, con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinan los recursos transferidos.

XI. Sujetarse en la conducente 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 28 de octubre de 2016, con la finalidad de promover y realizar las acciones necesarias para la integración, operación y reporte de la contraloría social, mediante el "Esquema de Contraloría Social Seguro Médico Siglo XXI para el 2017", identificado como Anexo 12 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", que para efectos del presente convenio se identifica como Anexo 3.

XII. Publicar el presente Convenio en el Diario Oficial de la Federación, así como en su página de Internet.

NOVENA.- VIGENCIA.- El presente instrumento jurídico comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2017.

DÉCIMA.- MODIFICACIONES AL CONVENIO.- "**LAS PARTES**" acuerdan que el presente Convenio podrá modificarse de común acuerdo y por escrito, en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio obligarán a sus signatarios a partir de la fecha de su firma.

En caso de contingencias para la realización del Programa previsto en este instrumento, "**LAS PARTES**" se comprometen a acordar y realizar las medidas o mecanismos que permitan afrontar dichas contingencias, mismos que serán formalizados mediante la suscripción del Convenio modificadorio correspondiente.

DÉCIMA PRIMERA.- REINTEGRO DE RECURSOS FEDERALES.- Procederá que "**EL ESTADO**" reintegre los recursos que le fueron transferidos cuando:

I. No se destinen a los fines autorizados, de acuerdo con el numeral 5.4 de las Reglas de

Operación.

- II. Se den los supuestos previstos en la fracción VI de la Cláusula Séptima de este Convenio.

El reintegro de los recursos, incluyendo los rendimientos financieros que correspondan, se realizará a la Tesorería de la Federación, en términos de lo dispuesto en el artículo 17, de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.

Cuando "**LA SECRETARÍA**" tenga conocimiento de alguno de los supuestos establecidos en esta cláusula, deberá hacerlo oportunamente de conocimiento de la Auditoría Superior de la Federación, la Secretaría de Función Pública y de los órganos de control de "**EL ESTADO**", a efecto de que éstos realicen las acciones que procedan en su ámbito de competencia.

"**EL ESTADO**" deberá notificar de manera oficial a "**LA SECRETARÍA**" por conducto de la "**CNPSS**", la realización del reintegro correspondiente o, en su caso, la comprobación de la debida aplicación de los recursos en los términos establecidos en el presente instrumento.

DÉCIMA SEGUNDA.- CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR. "**LAS PARTES**" no tendrán responsabilidad por los daños y perjuicios que pudieran ocasionarse por causas de fuerza mayor o caso fortuito que impidan, la ejecución total o parcial de las obligaciones del objeto del presente instrumento.

Una vez superados dichos eventos se reanudarán las actividades en la forma y términos que acuerden "**LAS PARTES**".

DÉCIMA TERCERA.- COMUNICACIONES.- Las comunicaciones de tipo general, que se realicen con motivo de este Convenio, deberán ser por escrito, con acuse de recibo y dirigirse a los domicilios señalados por "**LAS PARTES**" en el apartado de declaraciones de este instrumento.

En caso de que alguna de "**LAS PARTES**" cambie de domicilio, se obligan a dar el aviso correspondiente a la otra, con 30 días naturales de anticipación a que dicho cambio de ubicación se realice.

DÉCIMA CUARTA. CONTROL, VIGILANCIA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN. "**LAS PARTES**" acuerdan que la supervisión, control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios transferidos en virtud de este instrumento, serán realizados con apego a las disposiciones jurídicas aplicables, según corresponda, por "**LA SECRETARÍA**", la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública, la Auditoría Superior de la Federación, y demás órganos fiscalizadores federales y locales competentes, en su respectivo ámbito de atribuciones, sin perjuicio de las acciones de supervisión, vigilancia, control y evaluación que de forma directa o en coordinación con la Secretaría de la Función Pública, realicen los órganos de control de "**EL ESTADO**", así como "**EL REPPS**".

DÉCIMA QUINTA.- CAUSAS DE TERMINACIÓN. El presente Convenio podrá darse por terminado cuando se presente alguna de las siguientes causas:

- I. Estar satisfecho el objeto para el que fue celebrado.
- II. Acuerdo de "**LAS PARTES**".
- III. Falta de disponibilidad presupuestaria para el cumplimiento de los compromisos a cargo de "**LA SECRETARÍA**".
- IV. Caso fortuito o fuerza mayor que impida su realización.

DÉCIMA SEXTA.- CAUSAS DE RESCISIÓN. El presente Convenio podrá rescindirse por las siguientes causas:

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

DÉCIMA SÉPTIMA.- ANEXOS.- Las partes reconocen como Anexos integrantes del presente instrumento jurídico, los que se mencionan a continuación y que además tienen la misma fuerza legal que el mismo:

Anexo 1 "Listado de intervenciones médicas cubiertas por el SMSXXI y sus tabuladores correspondientes"

Anexo 2 "Concepto de gastos no cubiertos por el SMSXXI"

Anexo 3 "Esquema de Contraloría Social Seguro Médico Siglo XXI para el 2017", identificado como Anexo 12 de "LAS REGLAS DE OPERACIÓN".

DÉCIMA OCTAVA.- CLÁUSULAS QUE SE TIENEN POR REPRODUCIDAS.- Dado que el presente Convenio Específico deriva de "**EL ACUERDO MARCO**" a que se hace referencia en el apartado de Antecedentes de este instrumento, las Cláusulas que le sean aplicables atendiendo la naturaleza del recurso, establecidas en "**EL ACUERDO MARCO**" se tienen por reproducidas para efectos de este instrumento como si a la letra se insertasen y serán aplicables en todo aquello que no esté expresamente establecido en el presente documento.

DÉCIMA NOVENA.- INTERPRETACIÓN Y SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. En caso de presentarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación o cumplimiento del presente Convenio "**LAS PARTES**" lo resolverán conforme al siguiente procedimiento:

I.- De común acuerdo respecto de las dudas que se susciten con motivo de la ejecución o cumplimiento del presente instrumento.

II.- En caso de no llegar a un arreglo satisfactorio, someterse a la legislación federal aplicable y a la jurisdicción de los tribunales federales competentes con residencia en el Distrito Federal, por lo que en el momento de firmar este Convenio, renuncian en forma expresa al fuero que en razón de su domicilio actual o futuro o por cualquier otra causa pudiere corresponderles.

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Convenio, lo firman por sextuplicado a los _____ días del mes de _____ del año dos mil diecisiete.

Ø APOYO ECONÓMICO PARA EL PAGO DE INTERVENCIONES CUBIERTAS POR EL SMSXXI (CON PRESTADORES DE SERVICIOS NO SESA)

CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI QUE

CELEBRAN, POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD A TRAVÉS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, REPRESENTADA POR EL DR. GABRIEL JAIME O'SHEA CUEVAS, COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, A LA QUE ENADELANTE SE LE DENOMINARÁ "LA SECRETARÍA", ASISTIDO POR EL DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO, _____, EL DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD _____, Y EL DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI, _____; Y POR LA OTRA PARTE _____ REPRESENTADO POR _____ EN LO SUCESIVO "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", A QUIENES CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA, SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES" CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

1. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4o., párrafos cuarto y noveno el derecho humano de toda persona a la protección de la salud, disponiendo que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; así como el derecho que tienen los niños y las niñas a la satisfacción de sus necesidades de salud.
2. La promoción de la salud de los niños representa un objetivo estratégico para todo Estado que pretenda construir una sociedad sana, justa y desarrollada. La condición de salud de los niños afecta de manera importante el rendimiento educativo de los escolares, y éste, a su vez, tiene un efecto significativo en la salud y la capacidad productiva en la edad adulta, es decir, la salud de los primeros años determina las condiciones futuras de esa generación.
3. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece en su apartado VI. "Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción", literal VI.2. México Incluyente en sus Objetivos 2.2 y 2.3, lo siguiente:

Objetivo 2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente.

Estrategia 2.2.2. Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población.

Línea de acción: Promover el desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil;

Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud

Estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud

Línea de acción: Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud

Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.

Líneas de acción: Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, a fin de reducir la mortalidad infantil y materna, e Intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal.

4. El Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017, en su Anexo _____ establece al Seguro Médico Siglo XXI como uno de los programas que deben sujetarse a Reglas de Operación, mediante el cual el Gobierno Federal continuará con las acciones conducentes que aseguren la cobertura de servicios de la salud de todos los niños en el país, ya que operará en todas las localidades del territorio nacional financiando la atención médica completa e integral a los niños beneficiarios que no cuentan con ningún tipo de seguridad social, al tiempo que garantizará la afiliación inmediata de toda la familia al Sistema de Protección Social en Salud.

5. Con fecha _____ se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI para el Ejercicio Fiscal 2017 en adelante "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**".

6. El objetivo específico de "**EL PROGRAMA**" consiste en otorgar financiamiento para que los menores de cinco años beneficiarios del mismo, cuenten con un esquema de aseguramiento en salud de cobertura

amplia de atención médica y preventiva, complementaria a la considerada en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y en el Catálogo de Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud.

7. En "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", se establece que para lograr la adecuada operación de "**EL PROGRAMA**" y garantizar la prestación de los servicios, aun en aquellas localidades en las que los Servicios Estatales de Salud no cuentan con unidades médicas instaladas, "**LA SECRETARÍA**" y/o las entidades federativas podrán suscribir convenios para tales efectos con otros integrantes del Sistema Nacional de Salud o con instituciones de índole privado.

DECLARACIONES

I. "LA SECRETARÍA" declara que:

I.1. Es una dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, en términos de lo dispuesto en los artículos 2, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la cual le corresponde, entre otras atribuciones, las de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social y servicios médicos y salubridad general.

I.2. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en adelante la "**CNPSS**" es un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, en términos de los artículos 77 bis 35 de la Ley General de Salud, 2 literal C, fracción XII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 3, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el cual cuenta con autonomía técnica, administrativa y de operación.

I.3. El Comisionado Nacional de Protección Social en Salud tiene la facultad y legitimación para suscribir el presente Convenio, según se desprende de lo previsto en los artículos 38, fracción V, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; y 6, fracción I, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, cargo que se acredita con nombramiento de fecha _____, expedido por

I.4. La "**CNPSS**", cuenta con atribuciones para instrumentar la política de protección social en salud; impulsar la coordinación y vinculación de acciones del Sistema de Protección Social en Salud con las de otros programas sociales para la atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable desde una perspectiva intercultural que promueva el respeto a la persona y su cultura, así como sus derechos humanos en salud; administrar los recursos financieros que en el marco del Sistema le suministre la Secretaría de Salud y efectuar las transferencias que correspondan a los Estados y al Distrito Federal, acorde a lo establecido en el artículo 4 fracciones I, VI y XIII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

I.5. La Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, en lo sucesivo "**DGGSS**" cuenta con atribuciones para: (i) proponer la incorporación gradual y jerarquizada de los servicios de salud y de las intervenciones clínicas al Sistema, así como su secuencia y alcance con el fin de lograr la cobertura universal de los servicios; (ii) estimar los costos derivados de las intervenciones médicas y de la provisión de nuevos servicios, con base en los protocolos clínicos y terapéuticos previendo su impacto económico en el Sistema, (iii) coadyuvar en la determinación de las cédulas de evaluación del Sistema, que se utilicen en el proceso de acreditación, en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, y (iv) coordinar las acciones para propiciar la cobertura y calidad de la atención médica integrando al Sistema los programas dirigidos a grupos vulnerables, conforme a lo establecido en el artículo 10, fracciones I, II, III BIS 3 y XI del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

I.6. Corresponde a la Dirección General de Financiamiento, en lo sucesivo la "**DGF**", entre otras atribuciones: (i) diseñar y proponer en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, los esquemas y mecanismos financieros que sean necesarios para el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, incluyendo el desarrollo de programas de salud dirigidos a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable; (ii) determinar los criterios para la operación y administración de los fondos generales y específicos relacionados con las funciones comprendidas en el Sistema de Protección Social en Salud y de los programas orientados a la atención de grupos vulnerables; (iii) coadyuvar, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, en las acciones de supervisión financiera del Sistema de Protección Social en Salud, y de los programas de atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en

general a cualquier grupo vulnerable para garantizar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, así como de sus metas y objetivos, de conformidad con el artículo 9 fracciones III, VI, VII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

I.7. La Dirección General Adjunta del Programa Seguro Médico Siglo XXI, en lo sucesivo "**DGA SMSXXI**", participa en el presente instrumento jurídico en su carácter de área de la "**CNPSS**" responsable de "**EL PROGRAMA**" para el mejor desempeño de las funciones inherentes a la operación del mismo, previstas en las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables al mismo.

I.8. Cuenta con recursos presupuestales autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, para hacer frente a las obligaciones derivadas de la suscripción del presente instrumento.

I.9. Para efectos del presente Convenio señala como domicilio el ubicado en la Calle Gustavo E. Campa, número 54, Colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01020, en la Ciudad de México.

II. "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" declara que:

II.1. Es un _____, de conformidad con _____.

II.2. Entre sus finalidades y/o objetivos se encuentra _____.

II.3. Su representante legal _____ se encuentra facultado para suscribir el presente Convenio, en términos de _____, facultades que no le han sido limitadas o restringidas en forma alguna.

II.4. Está inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la clave _____ y domicilio fiscal en _____.

II.5. Cuenta con los elementos técnicos, materiales y humanos para dar cumplimiento al presente Convenio.

II.6. Se encuentra acreditado por la Secretaría de Salud para _____.

II.7. Señala como domicilio para la prestación de los servicios y para recibir comunicación relacionada con el cumplimiento del presente Convenio el ubicado en _____

III. "LAS PARTES" declaran que:

III.1. Están de acuerdo en celebrar el presente Convenio de Colaboración en materia de transferencia de recursos para la ejecución del Programa Seguro Médico Siglo XXI, conforme a las estipulaciones que se contienen en las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO. El presente Convenio tiene por objeto que "**LA SECRETARÍA**" transfiera a "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**", de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria existente, recursos presupuestarios federales destinados a "**EL PROGRAMA**", por concepto de "**Apoyo económico para el pago de intervenciones cubiertas por el SMSXXI**", señalado en el numeral 5.3.2 de "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", que correspondan a las realizadas durante el 1 de enero al 31 de diciembre de 2017, las cuales se describen como acciones de segundo y tercer nivel de atención que no están contempladas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), ni en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y que se encuentran incorporadas en el **Anexo 1** del presente instrumento.

NOTA: ÚNICAMENTE TRATÁNDOSE DE CONVENIOS CON OPD SE AGREGARÁ COMO SEGUNDO PÁRRAFO LO SIGUIENTE:

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 en el Sistema informático del Seguro Médico SigloXXI bimestralmente.

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES. "**LA SECRETARÍA**" transferirá a "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" recursos presupuestarios federales correspondientes a "**EL PROGRAMA**", conforme a lo dispuesto en el Presupuesto de Egresos de la Federación, para el ejercicio fiscal 2017; paracoordinar su participación con el Ejecutivo Federal en materia de salubridad general, en términos del artículo 77 Bis 5, inciso A), de la Ley General de Salud, las "**REGLAS DE OPERACIÓN**" y el presente instrumento jurídico.

"LA SECRETARÍA" realizará la transferencia de recursos en términos de las disposiciones aplicables, en la cuenta bancaria productiva específica que establezca para tal efecto "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" en forma previa a la entrega de los recursos, informando de ello a "**LA SECRETARÍA**".

"EL PRESTADOR DE SERVICIOS" deberá expedir por cada transferencia que solicite, el recibo o factura, correspondiente.

No se cubrirán las acciones e intervenciones listadas en el **Anexo 2** de este Convenio.

"EL PRESTADOR DE SERVICIOS" por cada transferencia de recursos federales deberá enviar a la "**CNPSS**", por conducto de la "**DGF**", dentro de los 15 días hábiles posteriores a la misma, un recibo o factura, según corresponda, que cumpla con los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones aplicables, la cual deberá:

- a) Ser expedido a nombre de: Secretaría de Salud y/o Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
- b) Precisar el monto de los recursos transferidos;
- c) Señalar la fecha de emisión;
- d) Señalar la fecha de recepción de los recursos, y
- e) Precisar el nombre del Programa y los conceptos relativos a los recursos

presupuestarios federales recibidos.

La notificación de transferencia por parte de la "**CNPSS**" se realizará por conducto de la "**DGF**" a "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**", e independientemente de su entrega oficial, podrá ser enviada a través de correo electrónico a la cuenta institucional que para tal efecto indique "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**". En caso de existir modificación a dicha cuenta, deberá notificarse de manera oficial a la "**DGF**".

Los documentos justificativos de la obligación de pago para "**LA SECRETARÍA**" serán las disposiciones jurídicas aplicables, "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**", las intervenciones cubiertas reportadas por "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" y autorizadas para pago por "**DGA SMSXXI**" así como el presente Convenio. El documento comprobatorio será el recibo o factura, según corresponda, a que se refiere la presente cláusula.

TERCERA.- DEVENGÓ PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES: Los recursos para cumplir con el objeto del presente instrumento, que transfiere "**LA SECRETARÍA**" en favor de "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" se consideran devengados para "**LA SECRETARÍA**" una vez que se constituyó la obligación de transferir el recurso a "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**".

CUARTA.- EJERCICIO Y COMPROBACIÓN DE LOS RECURSOS. Será responsabilidad de "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**", verificar la veracidad de los datos contenidos en la información que se proporcione a "**LA SECRETARÍA**" sobre el ejercicio y comprobación de las intervenciones cubiertas solicitadas como reembolso a "**LA SECRETARÍA**" a través de la transferencia de recursos federales de "**EL PROGRAMA**".

Para ello "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" deberá mantener la documentación comprobatoria de las intervenciones cubiertas con los reembolsos transferidos, a disposición de "**LA SECRETARÍA**", así como de las entidades fiscalizadoras federales y locales competentes, para su revisión en el momento que así se le requiera.

Cuando "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" conforme a lo señalado en el numeral 5.3.2 de las "**REGLAS DE OPERACIÓN**", solicite el reembolso de una intervención cubierta, "**LA SECRETARÍA**" por conducto de "**DGA SMSXXI**", revisará el registro de los casos realizado por "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**", a través del Sistema Informático del Seguro Médico Siglo XXI.

LA SECRETARÍA por conducto de "**DGA SMSXXI**" verificará que el registro de los casos realizado por "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" contenga la información de carácter médico requerida, y su correcta clasificación de acuerdo al tabulador del **Anexo 1** de este Convenio, que permita validar su autorización; y, de ser procedente, autorizará los casos y montos para pago y enviará a la "**DGF**", un informe de los casos en que procedan los reembolsos respectivos, para que ésta los transfiera a "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria existente.

"**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**", enviará a "**LA SECRETARÍA**" por conducto de la "**DGF**", el recibo o factura, según corresponda, señalada en la Cláusula Segunda y que será la comprobación de los recursos transferidos que "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" deba entregar a "**LA SECRETARÍA**".

"**LA SECRETARÍA**" por conducto de "**DGA SMSXXI**" no autorizará las intervenciones cuya información requerida para ello no sea proporcionada o cuando la calidad de la información recibida no permita su autorización, así como, cuando durante el proceso de autorización se determine la improcedencia del pago y, en consecuencia, dichas intervenciones no serán pagadas.

QUINTA.- OBLIGACIONES DE "EL PRESTADOR DE SERVICIOS". Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" se obliga a:

I. Prestar a los beneficiarios de "**EL PROGRAMA**" que les sean referidos para tal efecto, los servicios médicos de segundo y tercer nivel que no se encuentran dentro del CAUSES ni del FPGC, pero sí dentro de aquellos padecimientos cubiertos por "**EL PROGRAMA**" de conformidad con "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**".

II. Aplicar todos los conocimientos, experiencia y máxima diligencia requeridos para el cabal cumplimiento del objeto de este Convenio, así como observar las normas establecidas por "**LA SECRETARÍA**", desempeñándose en todo tiempo con su propio personal, medios y materiales necesarios que demande la satisfacción total del objeto de este Convenio.

III. Entregar a "**LA SECRETARÍA**", cuando así se lo requiera, la documentación y un informe de los registros clínicos de los beneficiarios de "**EL PROGRAMA**" con el siguiente contenido: folio de afiliación, nombre, fecha de nacimiento, edad, género, número de expediente médico, folio de la declaratoria de caso, fecha de diagnóstico, fecha de inicio de tratamiento, motivo de egreso, fecha de egreso, clave CIE10, lugar de residencia, diagnóstico motivo de los servicios prestados, tipo de tratamiento, y según sea el caso, el tabulador registrado, y procedimiento clínico realizado.

IV. Proporcionar los documentos o información que le requiera "**LA SECRETARÍA**", así como otorgarle las facilidades necesarias para la supervisión del cumplimiento del presente Convenio.

V. Dar aviso al Régimen Estatal de Protección Social en Salud de los casos que se han atendido y que se han puesto del conocimiento de "**LA SECRETARÍA**", dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre del mes correspondiente.

VI. Proporcionar a los beneficiarios de "**EL PROGRAMA**" que le sean referidos, atención médica efectiva, ética y responsable con elementos que definen la calidad asistencial de la unidad operativa, y con la misma calidad y calidez en la atención médica que al resto de los pacientes que atiendan, así como un trato digno a ellos y a sus padres o tutores.

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

VIII. Brindar atención a los pacientes reduciendo los tiempos de espera, garantizar el surtimiento completo de medicamentos, e informar sobre el uso adecuado de los mismos, dando indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le sean recetados.

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

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

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

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

XIII. Proporcionar un soporte documental con información clara, precisa y legible, que identifique las acciones y los procedimientos tratantes en cada proceso de atención médica, garantizando el uso

confidencial y restringido del expediente y su inalterabilidad; permitir el acceso a los padres, tutores y/o representantes del paciente para acceder a los informes y resultados previa solicitud que haga por escrito, conforme a la normatividad aplicable.

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

SEXTA.- OBLIGACIONES DE "LA SECRETARÍA". "LA SECRETARÍA" por conducto de la "CNPSS**", se obliga a:**

I. Transferir a través de la "**DGF**" a "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" los recursos presupuestarios federales a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio, de acuerdo con los plazos derivados del procedimiento de pago correspondiente, la disponibilidad presupuestaria y la autorización de pago que "**DGA SMSXXI**" envíe a la "**DGF**".

II. Coadyuvar en el ámbito de sus atribuciones con los entes fiscalizadores competentes, en la verificación de que los recursos presupuestarios federales transferidos sean aplicados únicamente para la realización de los fines a los cuales son destinados.

III. Realizar, por conducto de "**DGA SMSXXI**", de acuerdo al esquema de monitoreo, supervisión y evaluación de la operación e impacto del Seguro Médico Siglo XXI establecido en el Plan Estratégico de Supervisión del Sistema de Protección Social en Salud, las visitas determinadas por ejercicio fiscal, para lo cual podrá solicitar la información que corresponda.

IV. Realizar, por conducto de la "**DGF**", la supervisión financiera de "**EL PROGRAMA**" consistente en verificar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula Segunda de este Convenio.

V. Publicar en la página de Internet de la "**CNPSS**" el presente Convenio.

SÉPTIMA.- COMISIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para el adecuado desarrollo del objeto del presente instrumento, "**LAS PARTES**" formarán una Comisión de Evaluación y Seguimiento integrada por dos representantes de "**LA SECRETARÍA**" y uno de "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**", cuyas funciones serán las siguientes:

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

"**LA SECRETARÍA**" designa como sus representantes ante la Comisión de Evaluación y Seguimiento a los titulares de la "**DGF**" y de la "**DGA SMSXXI**".

"**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" designa como su representante ante la Comisión de Evaluación y Seguimiento a _____.

OCTAVA.- DEL RESGUARDO DE LOS SOPORTES ADMINISTRATIVOS Y LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS. "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" se obliga a integrar por cada paciente beneficiario de "**EL PROGRAMA**", un expediente clínico de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012 y sus respectivas modificaciones; el cual deberá contener una copia de la póliza de afiliación respectiva, así como las recetas y demás documentación soporte de la atención médica y medicamentos proporcionados.

Asimismo, se obliga a resguardar el expediente clínico de cada paciente beneficiario, una copia de la póliza de afiliación respectiva, así como las recetas y demás documentación soporte de la atención médica y los medicamentos proporcionados, durante un plazo de 5 años contados a partir de la última atención otorgada.

NOVENA.- ACCESO A LA INFORMACIÓN. La información que se presente, obtenga o produzca en virtud del cumplimiento del presente instrumento será clasificada atendiendo a los principios de confidencialidad, reserva y protección de datos personales que derivan de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás disposiciones aplicables, por lo que "**LAS PARTES**" se obligan a utilizarla o aprovecharla únicamente para el cumplimiento del objeto del mismo.

En consecuencia, "**LAS PARTES**" se obligan a no revelar, copiar, reproducir o difundir a terceros, la información que tenga carácter de confidencial, sin la autorización previa y por escrito del titular de la misma y de "**LAS PARTES**".

DÉCIMA.- RELACIONES LABORALES. El personal de cada una de "**LAS PARTES**" que intervenga en la ejecución de las acciones materia de este Convenio, mantendrá su relación laboral y estará bajo la dirección y dependencia de la parte que lo designó, por lo que no crearán relaciones de carácter laboral, civil ni desseguridad social con la contraparte, a la que en ningún caso se le considerará como patrón sustituto o solidario.

DÉCIMA PRIMERA.- VIGENCIA. El presente Convenio comenzará a surtir efectos a partir de la fecha de su suscripción y hasta el 31 de diciembre de 2017.

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

DÉCIMA TERCERA.- CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR. "**LAS PARTES**" no serán responsables de eventos derivados de caso fortuito o fuerza mayor, los cuales les impidieran

total o parcialmente la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Convenio de Colaboración.

Una vez superados dichos eventos se reanudarán las actividades en la forma y términos que acuerden "**LAS PARTES**".

DÉCIMA CUARTA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA. "**LAS PARTES**" acuerdan que el presente Convenio podrá darse por terminado anticipadamente por alguna de ellas, previa notificación escrita a la otra que se realice con treinta días naturales de anticipación, por lo que en todo caso tomará las medidas necesarias, a fin de no afectar a terceros.

DÉCIMA QUINTA.- CAUSA DE RESCISIÓN. El presente Convenio podrá rescindirse por el incumplimiento de las obligaciones contraídas en el mismo, caso en el que se procederá en términos de lo establecido en "**LAS REGLAS DE OPERACIÓN**".

DÉCIMA SEXTA.- AVISOS, COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES. "**LAS PARTES**" convienen en que todos los avisos, comunicaciones y notificaciones que se realicen con motivo del presente instrumento, se llevarán a cabo por escrito en los domicilios establecidos en el Apartado de Declaraciones.

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

DÉCIMA SÉPTIMA.- ANEXOS. "**LAS PARTES**" reconocen como Anexos integrantes del presente instrumento jurídico, los que se mencionan a continuación y que además tienen la misma fuerza legal que el mismo:

Anexo 1. Listado de intervenciones médicas cubiertas por el SMSXXI y sus tabuladores correspondientes"

Anexo 2. "Concepto de gastos no cubiertos por el SMSXXI"

DÉCIMA OCTAVA.- INTERPRETACIÓN Y SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. En caso de presentarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación o cumplimiento del presente Convenio, "**LAS PARTES**" procurarán resolverlo de común acuerdo, por conducto de la Comisión de Evaluación y Seguimiento a que se refiere el presente Convenio.

En caso de no llegar a un arreglo satisfactorio, "**LAS PARTES**" acuerdan someterse a la legislación federal aplicable y a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes con residencia en la Ciudad de México, por lo que en el momento de firmar este Convenio, renuncian en forma expresa al fuero que en razón de su domicilio actual o futuro o por cualquier otra causa pudiere corresponderles.

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

Anexo 9. Procedimiento de afiliación al SPSS para los beneficiarios del SMSXXI.

FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN AL SPSS DE LOS BENEFICIARIOS DEL SMSXXI

FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN AL SPSS DE LOS BENEFICIARIOS DEL SMSXXI

Anexo 10. Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2016.

ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud.

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

JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 77 bis 1, 77 bis 5, inciso A), fracciones VI, IX y X e inciso B), fracción II, y 77 bis 21 de la Ley General de Salud; 41, 49, 51, 124, 125 y 127, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, así como 1, 6 y 7 fracción XVIII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 40., párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dispone que toda persona tiene el derecho humano a la protección a la salud, así como que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en su meta nacional "México Próspero", prevé dentro de su objetivo 4.1. Mantener la estabilidad macroeconómica del país, la Estrategia 4.1.3. Promover un ejercicio eficiente de los recursos presupuestarios disponibles, que permita generar ahorros para fortalecer los programas prioritarios de las dependencias y entidades;

Que el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en su objetivo 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, Estrategia 5.2. Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, prevé como líneas de acción las relativas a fortalecer la legislación para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros del Sistema de Protección Social en Salud y realizar las adecuaciones operativas necesarias para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros de dicho Sistema;

Que acorde con lo anterior, el Ejecutivo Federal impulsó reformas a la Ley General de Salud y a su Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, mismas que fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación los días 4 de junio y 17 de diciembre de 2014, respectivamente;

Que en términos de lo dispuesto por el artículo 77 bis 5, inciso A), fracciones IX y X, de la Ley General de Salud, en la ejecución de las acciones de protección social en salud, corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, para efectos del esquema de cuotas familiares a que se refiere el ordenamiento legal citado, así como establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios de dicho Sistema, he tenido a bien emitir el siguiente:

ACUERDO

ARTÍCULO ÚNICO. Se emiten los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, en términos del Anexo Único del presente Acuerdo.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Se abrogan 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.

TERCERO. El Manual de Afiliación y Operación, a que se refiere el numeral Décimo Segundo de los presentes Lineamientos, deberá ser emitido por la Comisión, a través de la Dirección General de Afiliación y Operación dentro de los 30 días hábiles siguientes a la entrada en vigor de los presentes Lineamientos.

Dado en la Ciudad de México, a los 9 días del mes de septiembre de 2016.- El Secretario de Salud, **José Ramón Narro Robles**.- Rúbrica.

ANEXO ÚNICO

LINEAMIENTOS DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERO. Los presentes Lineamientos tienen por objeto establecer los criterios a que se sujetará la afiliación, reafiliación, incidencias e integración del Padrón Nacional de Beneficiarios, así como la aplicación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.

SEGUNDO. Para los efectos de los presentes Lineamientos, se estará a las definiciones siguientes:

I. Base de datos, a la información de los beneficiarios del Sistema, integrada a través del Sistema de

Administración del Padrón y preservada en medios magnéticos, que contiene los elementos establecidos en el artículo 50 del Reglamento;

II. CECASOEH, a la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar, entendida ésta, como el instrumento estandarizado elaborado por la Secretaría que es aplicado por los Regímenes Estatales para la determinación del nivel socioeconómico de la persona o familia que solicita su afiliación al Sistema y quiesce para la identificación del núcleo familiar y sus integrantes, así como para la determinación de la cuota familiar correspondiente;

III. Comisión, a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud;

IV. Decil de ingreso, a la clasificación de la población afiliada al Sistema, considerando sus características socioeconómicas e indicadores de bienestar proveniente de la CECASOEH que aplican los Regímenes Estatales;

V. Ley, a la Ley General de Salud;

VI. Módulos, a los módulos de afiliación y orientación, entendidos éstos, como los espacios físicos fijos y móviles con personal capacitado de los Regímenes Estatales responsables de afiliar y reafiliar a las personas y familias, así como de proporcionar información sobre trámites y servicios del Sistema;

VII. Padrón, al Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema, entendido éste, como la relación nominal de las personas afiliadas al Sistema, que contiene los elementos establecidos en el artículo 50, del Reglamento, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación al Sistema;

VIII. Póliza de Afiliación, al documento emitido por el Sistema de Administración del Padrón que sirve como comprobante de incorporación al Sistema;

IX. Regímenes Estatales, a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, entendidos éstos, como las estructuras administrativas que dependen o son coordinadas por la encargada de conducir la política en materia de salud en las entidades federativas, que proveen las acciones en materia de protección social en salud;

X. Reglamento, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud;

XI. RENAPO, al Registro Nacional de Población;

XII. SAP, al Sistema de Administración del Padrón, entendido éste, como el conjunto de procesos, procedimientos, herramientas tecnológicas y componentes para la administración e

integración nominal de la información socioeconómica y toda aquélla relacionada con el Padrón, conforme a lo que dispone el artículo 50, del Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;

XIII. Secretaría, a la Secretaría de Salud;

XIV. Servicios Estatales de Salud, a las estructuras administrativas de los gobiernos de las entidades federativas, independientemente de la forma jurídica que adopten, que tengan por objeto la prestación de servicios de salud;

XV. Sistema, al Sistema de Protección Social en Salud a que se refiere el Título Tercero Bis, de la Ley;

XVI. Unidades Médicas, a los establecimientos para la atención médica que prestan sus servicios a los beneficiarios del Sistema, y

XVII. Titular, al representante del núcleo familiar en los términos previstos en el artículo 77 bis 4, de la Ley y, en su caso, conforme a lo dispuesto por el Código Civil Federal.

CAPÍTULO II DE LOS MÓDULOS

TERCERO. Los Regímenes Estatales establecerán de conformidad con los criterios técnicos y administrativos que determine la Comisión, así como atendiendo a las metas de afiliación y, en su caso, de reafiliación, que se estipulen en el Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema en la entidad federativa de que se trate, los Módulos necesarios para llevar a cabo la promoción, afiliación y reafiliación de las personas y familias susceptibles de incorporarse al Sistema.

CUARTO. Los Regímenes Estatales deberán informar a la Comisión la ubicación de los Módulos fijos y su área de cobertura. Cualquier cambio deberá notificarse mensualmente a dicho órgano.

CAPÍTULO III

DE LA PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN

QUINTO. Los Regímenes Estatales realizarán, a través de medios impresos y electrónicos, actividades de promoción y difusión de las características y ventajas del Sistema, a fin de propiciar la afiliación o reafiliación de la población.

SEXTO. Para efectos de lo dispuesto en el numeral anterior, los Regímenes Estatales pondrán a disposición de la población la información relacionada con:

- I. La ubicación de los Módulos y sus horarios de atención;
- II. Los requisitos y lugares para la afiliación y reafiliación;
- III. El Sistema y la cobertura médica, y
- IV. Los lugares dónde se puede realizar el pago de la cuota familiar.

SÉPTIMO. La promoción para la afiliación y reafiliación al Sistema se realizará por los Regímenes Estatales en su respectiva circunscripción territorial, dando prioridad a la población de las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas, así como a las embarazadas, familias al menos con un menor de cinco años y adultos mayores.

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

NOVENO. Las personas o familias interesadas en incorporarse al Sistema recibirán, en los eventos de promoción, la información necesaria sobre las características, requisitos y beneficios del Sistema; los períodos de vigencia; los procesos de afiliación y reafiliación; así como los esquemas de cuotas familiares. En su caso, se procederá inmediatamente a su afiliación o reafiliación.

DÉCIMO. Los materiales de difusión y promoción que utilicen los Regímenes Estatales, deberán cumplir con lo establecido en el Manual de Identidad Gráfica aplicable.

CAPÍTULO IV
DE LA AFILIACIÓN Y LA REAFILIACIÓN
SECCIÓN PRIMERA
AFILIACIÓN

DÉCIMO PRIMERO. La persona o Titular de la familia susceptible de incorporación, deberá acudir a un Módulo a manifestar su voluntad para afiliarse o reafiliarse al Sistema, lo que podrá realizar durante todo el año calendario en los días y horas establecidos por los Regímenes Estatales.

Para efectos de lo dispuesto en el párrafo anterior, el personal de los Módulos solicitará al interesado que proporcione la información necesaria para el llenado de la CECASOEH.

La solicitud de afiliación al Sistema se tendrá por registrada, una vez que se asiente la información correspondiente en la CECASOEH y que ésta sea firmada por la persona o el Titular de la familia interesada, debiéndose asignar un número de identificación o folio a cada solicitud presentada.

DÉCIMO SEGUNDO. La persona o Titular de la familia interesada deberá presentar, para su digitalización y cotejo, original de los documentos siguientes:

- I. Comprobante de domicilio;
- II. Clave Única de Registro de Población (CURP), de la persona o de cada uno de los integrantes del núcleo familiar;
- III. Identificación oficial con fotografía de la persona o del Titular de la familia;
- IV. Si es el caso, comprobante de estudios de los hijos de las personas señaladas en las fracciones I a la III del artículo 77 bis 4, de la Ley;
- V. Si es el caso, comprobante de ser beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio del Gobierno Federal, y
- VI. En el caso de afiliación colectiva, comprobante que acredite formar parte de alguna colectividad.

El Manual de Afiliación y Operación que emita la Comisión, a través de la Dirección General de Afiliación y Operación, especificará los documentos que serán válidos para acreditar los supuestos señalados en las fracciones I a VI de este lineamiento.

En caso de que los Regímenes Estatales no cuenten con sistema de digitalización, deberán solicitar a los interesados, copia simple de los documentos requeridos, las cuales se agregarán a su expediente.

No será necesario exhibir documentación de integrantes de la familia que no puedan incorporarse como beneficiarios del Sistema, salvo que se trate del Titular no beneficiario, en cuyo caso, será necesario presentar su identificación oficial y comprobante de domicilio.

En el caso de la CURP, la Comisión podrá coadyuvar con los beneficiarios en su identificación, mediante la confronta de sus datos con el RENAPO, lo que hará de conocimiento de los Regímenes Estatales para efectos del expediente de afiliación.

DÉCIMO TERCERO. En el caso de menores de edad de hasta 5 años de edad que requieran servicios médicos de urgencias y que no se encuentren afiliados al Sistema, se contará con un plazo de 5 días hábiles, contados a partir del día siguiente a la fecha de inicio de su atención médica, para solicitar su incorporación al Sistema.

DÉCIMO CUARTO. El nivel socioeconómico de los núcleos familiares afiliados, será evaluado con base en la información obtenida de la CECASOEH. Dicha información, así como la documentación mencionada en el numeral Décimo Segundo, de los presentes Lineamientos, deberá ser tratada de manera confidencial por los Regímenes Estatales, de conformidad con lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables en materia de transparencia y acceso a la información pública y protección de datos personales.

DÉCIMO QUINTO. Los núcleos familiares que, en razón del nivel socioeconómico que resulte de su evaluación, deban quedar incorporadas en el régimen contributivo del Sistema, cubrirán la cuota familiar que corresponda en los términos de los presentes Lineamientos, en los lugares que para tal efecto determinen los Regímenes Estatales, debiendo entregar copia

del recibo correspondiente en el Módulo.

DÉCIMO SEXTO. La afiliación al Sistema se formalizará una vez que el Módulo expida y entregue al Titular, la Póliza de Afiliación, lo cual deberá realizarse de manera inmediata.

En la Póliza de Afiliación se hará constar el Titular, los integrantes beneficiarios del núcleo familiar, la vigencia de sus derechos, la Unidad Médica que le corresponda y, en su caso, la cuota familiar correspondiente. Dicho documento será entregado al interesado junto con la Carta de Derechos y Obligaciones, haciéndose constar por escrito la recepción de ambos.

De no ser posible dar cumplimiento a lo establecido en el párrafo primero del presente numeral, la entrega de la póliza deberá realizarse dentro de los 15 días naturales posteriores al registro de la solicitud, en cuyo caso, se proporcionará al Titular, constancia del registro de la solicitud de afiliación, con la que se acreditará la afiliación al Sistema.

DÉCIMO SÉPTIMO. El personal de los Módulos informará al Titular, que cualquier cambio en la información proporcionada al momento de realizar su incorporación al Sistema, deberá ser notificado por éste de manera inmediata, en especial cuando se trate de su inclusión en algún régimen de seguridad social.

DÉCIMO OCTAVO. Para garantizar a los afiliados al Sistema el acceso a los servicios de salud, los Regímenes Estatales deberán implementar los mecanismos necesarios para que en las Unidades Médicas se consulte la vigencia de derechos.

Cuando no sea posible la consulta de la vigencia de derechos, los beneficiarios podrán identificarse con su Póliza de Afiliación o con la constancia de registro de su solicitud de afiliación. En todos los casos deberán presentar identificación oficial con fotografía.

DÉCIMO NOVENO. La información capturada por los Módulos se remitirá a los Regímenes Estatales para actualizar el Padrón.

VIGÉSIMO. Los Módulos serán los responsables de integrar el expediente físico y/o digital, por cada núcleo familiar incorporado al Sistema.

El expediente deberá contener:

- I. Los documentos referidos en el numeral Décimo Segundo de los presentes Lineamientos;
- II. Documento que acredite el acuse de recibo de la Póliza de Afiliación y de la Carta de Derechos y Obligaciones;
- III. Si es el caso, original de los recibos de pago de las cuotas familiares, y
- IV. Original de la CECASOEH o reporte que para el efecto emita el SAP.

En el caso del expediente digital, invariablemente deberán conservarse, en expediente físico, los documentos referidos en las fracciones II a IV, del presente numeral.

VIGÉSIMO PRIMERO. Los Regímenes Estatales se responsabilizarán del resguardo y mantenimiento de los expedientes físicos y digitales que se integren de las solicitudes de los núcleos familiares beneficiarios, organizados por número de folio de afiliación al Sistema.

VIGÉSIMO SEGUNDO. En caso de que los interesados en afiliarse al Sistema no aporten la documentación comprobatoria correspondiente, podrán ser afiliados provisionalmente hasta por un periodo de noventa días naturales a partir de su registro y por 365 días, en el caso de los núcleos familiares con menores de hasta un año, o respecto de quienes se presente el certificado de nacimiento, en el entendido, de que transcurrido el plazo que resulte aplicable, sin que se entregue la documentación correspondiente, se tendrá por no presentada la solicitud de afiliación y no se devolverá la cuota familiar que, en su caso, se haya pagado.

VIGÉSIMO TERCERO. Los expedientes de los núcleos familiares beneficiarios, podrán ser revisados de manera aleatoria en cualquier momento por la Comisión, por lo que, en caso de identificarse registros de personas o familias que no tengan como soporte la documentación requerida, se procederá a levantar un acta de verificación que indicará el número de folio correspondiente al expediente incompleto para que los Regímenes Estatales integren en su totalidad dichos expedientes dentro de los treinta días hábiles subsecuentes.

SECCIÓN SEGUNDA

AFILIACIONES COLECTIVAS

VIGÉSIMO CUARTO. Los Regímenes Estatales, previa opinión favorable de la Comisión, podrán realizar la afiliación colectiva de familias agremiadas a las colectividades que así lo soliciten, para lo cual será necesario que cada uno de los integrantes cumpla los requisitos establecidos en las disposiciones jurídicas aplicables, así como los previstos en este Capítulo.

VIGÉSIMO QUINTO. Los responsables de las instituciones de asistencia social, públicas o privadas, podrán solicitar la incorporación de aquellas personas sujetas a su tutela, guarda y/o custodia, así como de población vulnerable.

VIGÉSIMO SEXTO. En todos los casos, previo a realizar la afiliación a que se refiere la presente Sección, el Régimen Estatal deberá suscribir conforme a los criterios que para tal efecto determine la Comisión, el instrumento consensual que corresponda con la colectividad solicitante.

VIGÉSIMO SÉPTIMO. La Comisión podrá celebrar convenios de concertación, convenio de colaboración y bases de colaboración, según corresponda, con asociaciones civiles e instituciones públicas, para promover la afiliación colectiva de familias y de personas, lo cual hará del conocimiento de los Regímenes Estatales para los efectos correspondientes.

VIGÉSIMO OCTAVO. En los instrumentos consensuales que se celebren para efectuar afiliaciones colectivas, se determinará, tomando en consideración las condiciones socioeconómicas generales de las personas que integran a la colectividad y su grado de vulnerabilidad, el Decil de ingreso en el que se ubicará la misma, y, en su caso, la cuota familiar que corresponda.

VIGÉSIMO NOVENO. Las personas o familias que pertenezcan a una colectividad afiliada al Sistema, conservarán su derecho a optar por afiliarse al mismo de manera directa, independientemente de las condiciones específicas que para esa colectividad se establezcan.

SECCIÓN TERCERA

REAFILIACIÓN

TRIGÉSIMO. La vigencia de derechos para los núcleos familiares ubicados en el régimen no contributivo del Sistema, será de 36 meses.

Los derechos de los núcleos familiares ubicados en el régimen contributivo del Sistema tendrán una vigencia anual, misma que podrá renovarse mediante la acreditación del pago de la cuota familiar que les corresponda. Dicha renovación podrá realizarse durante los 36 meses de validez de la CECASOEH.

TRIGÉSIMO PRIMERO. Al término de los plazos referidos en el numeral anterior, las personas o los núcleos familiares respectivos, deberán solicitar su reafiliación al Sistema, observando lo establecido en los numerales Décimo Primero a Décimo Quinto de los presentes Lineamientos.

CAPÍTULO V

DE LA CECASOEH

TRIGÉSIMO SEGUNDO. La CECASOEH cuenta con dos apartados:

- I. Solicitud de afiliación al Sistema, en la que se indican los datos de los beneficiarios, y
- II. Evaluación socioeconómica, que contiene las variables necesarias para definir el Decil de ingresos del núcleo familiar.

La CECASOEH o, en su caso, el reporte emitido por el SAP, deberán ser firmados por el Titular, bajo protesta de decir verdad de que los datos que proporcionó son ciertos y hará constar que su afiliación es voluntaria.

TRIGÉSIMO TERCERO. La CECASOEH es de aplicación general a las personas o familias que soliciten su afiliación al Sistema y será elaborada con base en el modelo establecido en el Manual de Afiliación y Operación a que se hace referencia en el numeral Décimo Segundo de los presentes Lineamientos.

TRIGÉSIMO CUARTO. Las entidades federativas no deberán modificar el contenido ni el formato de la CECASOEH. Su aplicación podrá realizarse mediante medios físicos o electrónicos, en este último caso, el SAP emitirá un reporte en el que constará la información proporcionada.

TRIGÉSIMO QUINTO. A efecto de validar la información proporcionada por el Titular, ésta podrá ser verificada por los Regímenes Estatales o por la Comisión.

TRIGÉSIMO SEXTO. La información contenida en la CECASOEH tendrá una validez de 36 meses. Habiendo transcurrido este periodo se deberá aplicar a la persona o a la familia correspondiente, una nueva evaluación socioeconómica.

TRIGÉSIMO SÉPTIMO. En caso de que se presenten desastres naturales declarados por autoridad competente mediante comunicado oficial, que pudieran modificar las condiciones socioeconómicas de los habitantes de las zonas afectadas, los Regímenes Estatales, bajo su estricta responsabilidad, podrán constituir el número de Módulos necesarios para aplicar, a solicitud de parte, nuevas CECASOEH a los núcleos familiares afectados, con el propósito de reconocer las condiciones socioeconómicas vigentes.

Asimismo, los Regímenes Estatales, bajo su estricta responsabilidad, podrán exentar del pago de cuotas familiares a los núcleos familiares afectados durante el periodo restante de su vigencia, informando de lo anterior a la Comisión.

TRIGÉSIMO OCTAVO. En caso de fallecimiento, discapacidad permanente o privación de la libertad por resolución judicial, del principal sostén económico de la familia, algún integrante de ésta podrá solicitar la aplicación de una nueva CECASOEH, presentando original y entregando copia simple del acta de defunción correspondiente, del certificado que acredite la discapacidad, emitido por médico autorizado para tal efecto o, en su caso, resolución de la autoridad judicial o administrativa competente en materia penitenciaria, con el propósito de que se le reconozcan sus condiciones vigentes.

CAPÍTULO VI

DE LAS CUOTAS FAMILIARES

SECCIÓN PRIMERA

EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LAS FAMILIAS

TRIGÉSIMO NOVENO. El monto de las cuotas familiares se determinará según la condición socioeconómica de los núcleos familiares, que resulte de la aplicación de la CECASOEH.

CUADRAGÉSIMO. La clasificación de los núcleos familiares, según su nivel de ingreso, se realizará mediante el modelo estadístico de análisis discriminante contenido en el SAP, elaborado por la Comisión y puesto a disposición de los Regímenes Estatales.

CUADRAGÉSIMO PRIMERO. La evaluación socioeconómica de los núcleos familiares se realizará en los Módulos, incorporando la información registrada en la CECASOEH al SAP, el cual generará el Decil de ingreso que le corresponde a la persona o familia solicitante.

SECCIÓN SEGUNDA

PAGO DE CUOTAS

CUADRAGÉSIMO SEGUNDO. Las cuotas familiares serán actualizadas por la Comisión anualmente y tendrán, en su caso, un incremento máximo anualizado, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, equivalente a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor que da a conocer periódicamente el Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

El monto de las cuotas familiares se difundirá en el Diario Oficial de la Federación, antes del quince de febrero de cada año.

CUADRAGÉSIMO TERCERO. Los Regímenes Estatales aplicarán las cuotas que se encuentren en vigor al momento de la afiliación y reafiliación de las personas o familias y bajo ninguna circunstancia deberán aplicar exenciones o diferimientos de pago que no estén expresamente previstos en las disposiciones jurídicas aplicables.

Tampoco se deberá requerir a la persona o familia solicitante un desembolso monetario mayor a la cuota que, en su caso, les corresponda.

CUADRAGÉSIMO CUARTO. Quedarán incorporados en el Régimen no Contributivo del Sistema, los núcleos familiares siguientes:

- I. Aquéllos que se encuentre en los Deciles I a IV de la distribución de ingresos, y
- II. Aquéllos que ubicándose en los Deciles V a VII de la distribución de ingresos tengan

dentro de sus integrantes, a una persona menor de edad o a una mujer embarazada.

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

Este criterio también se aplicará a mujeres embarazadas menores de dieciocho años de edad, afiliadas de manera individual, hasta en tanto no incorporen un integrante.

CUADRAGÉSIMO SEXTO. Los Regímenes Estatales expedirán a los beneficiarios un recibo que ampare la cuota familiar pagada, mismo que deberá contener la información siguiente:

- I. Imagen institucional del Sistema;
- II. Número de folio;
- III. La identificación de que es un recibo que ampara la cuota familiar;
- IV. Nombre del Titular;
- V. Fecha y lugar de expedición;
- VI. Periodo de vigencia que ampara el pago, y
- VII. Sello, nombre y firma de quien recibe el pago.

SECCIÓN TERCERA DE LAS CUOTAS FAMILIARES

CUADRAGÉSIMO SÉPTIMO. Las cuotas familiares se podrán cubrir de manera trimestral, semestral o anual. Una vez realizado el pago, lo cual deberá hacerse previo a la emisión de la Póliza de Afiliación, se registrará en el SAP el o los trimestres de aportación, monto, folio del recibo y fecha de emisión.

CUADRAGÉSIMO OCTAVO. La Comisión, conforme al resultado de validación de la Base de datos de los padrones estatales, emitirá el reporte que consigne el número de registros y el monto de cuotas familiares, para efectos de la conciliación establecida en Ley, con independencia de que dichos registros se consignen en el cierre oficial del corte que corresponda.

CAPÍTULO VII DEL PADRÓN SECCIÓN PRIMERA INTEGRACIÓN DEL PADRÓN

CUADRAGÉSIMO NOVENO. Corresponde a los Regímenes Estatales:

- I. Integrar y administrar el Padrón, de conformidad con los criterios que al efecto establezca la Comisión en el Manual de Afiliación y Operación a que se refiere el numeral Décimo Segundo de los presentes Lineamientos;
- II. Verificar que la incorporación de la información de las personas o familias al Padrón se realice a partir de la presentación de la solicitud y previo cumplimiento de los requisitos legales establecidos;
- III. Asegurar que la Base de datos del Padrón contenga los elementos señalados en el artículo 50 del Reglamento, así como la información de la CECASOEH;
- IV. Utilizar, para la incorporación de la información de las personas o familias al Padrón, la plataforma informática del SAP que provea la Comisión, conforme a su instructivo técnico, así como adoptar las actualizaciones o nuevas versiones de dicha herramienta electrónica, y
- V. Responsabilizarse de la información incorporada al Padrón y adoptar las medidas necesarias para verificar periódicamente su contenido y garantizar su veracidad, función que recaerá en el área de administración del Padrón.

QUINCUAGÉSIMO. Corresponde a la Comisión:

- I. Proveer el SAP a los Regímenes Estatales para la incorporación de información de las personas o familias afiliadas al Sistema, lo que permitirá integrar el Padrón con parámetros homogéneos y acorde con los criterios de afiliación establecidos en estos Lineamientos;
- II. Integrar el Padrón a partir de la información contenida en los padrones de los Regímenes Estatales, y
- III. Reorientar, en términos de la Ley y el Reglamento, la meta convenida cada año en el anexo correspondiente del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema en la entidad federativa de que se trate.

SECCIÓN SEGUNDA

VALIDACIÓN DEL PADRÓN

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

QUINCUAGÉSIMO SEGUNDO. Los Regímenes Estatales deberán adoptar medidas para que los operadores de los Módulos integren la información de las personas y familias apegándose a la documentación fuente proporcionada por éstas. Para ello, deberán establecer mecanismos de verificación aleatoria dedocumentación fuente contra registros en Base de datos y, en su caso, realizar las acciones correctivas necesarias.

QUINCUAGÉSIMO TERCERO. Los Regímenes Estatales realizarán la validación del Padrón con la herramienta integrada al SAP, previo a su envío mensual a la Comisión, considerando al menos las acciones de control de los registros de la Base de datos siguientes:

- I. Comprobar que las homonimias de Titulares correspondan a personas diferentes, a partir de los documentos probatorios fuente, tales como: CURP, acta de nacimiento o certificado de nacimiento;
- II. Corroborar que la aportación familiar corresponda al Decil de ingreso en el que fue ubicado el núcleo familiar, y al período correspondiente;
- III. Verificar que el núcleo familiar esté referenciado a una Unidad Médica de adscripción;
- IV. Revisar que los núcleos familiares pertenezcan a una localidad del catálogo integrado en el SAP;
- V. Conciliar las cifras de beneficiarios incorporados por cada uno de los Módulos que operan en la entidad federativa, para garantizar que sean acordes con las integradas al Padrón;
- VI. Corregir las inconsistencias generadas por errores de captura tales como: caracteres especiales o inválidos y ortográficos, y
- VII. Verificar y, en su caso, actualizar la información de los beneficiarios reportados a la Comisión por el RENAPO como fallecimientos, previo a su envío, así como las claves únicas de registro de población validadas que genera esa institución.

QUINCUAGÉSIMO CUARTO. En aspectos de validación del Padrón, los Regímenes Estatales deberán adoptar las medidas de control necesarias, así como las que establezca la Comisión para mejorar los procesos.

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

Los Regímenes Estatales deberán adoptar las recomendaciones y líneas estratégicas que emanen de la evaluación que ordene la Comisión y cumplirlas en los plazos que se establezcan.

SECCIÓN TERCERA

INCIDENCIAS AL PADRÓN

QUINCUAGÉSIMO SEXTO. Los Regímenes Estatales podrán realizar modificaciones a los datos de los beneficiarios, en los casos siguientes:

- I. A petición de los beneficiarios;
- II. Por la detección de registros incorrectos en valoraciones que se realicen a la base de datos contra los expedientes, y
- III. Como resultado de las validaciones y supervisiones que realice u ordene la Comisión, y

En todos los casos, las modificaciones deberán estar respaldadas con la documentación fuente integrada en los expedientes de los núcleos familiares afiliados y de ser necesario se emitirá una nueva Póliza de Afiliación.

SECCIÓN CUARTA

ENVÍO Y RECEPCIÓN DE LA BASE DE DATOS

QUINCUAGÉSIMO SÉPTIMO. El envío de la Base de datos se realizará a través de la estructura y medios informáticos que provea la Comisión a partir del SAP y, en su caso, a través de los medios magnéticos alternativos cuando exista algún impedimento plenamente justificado.

QUINCUAGÉSIMO OCTAVO. La Comisión realizará la validación de la Base de datos remitida por los Regímenes Estatales, a partir de la herramienta integrada en el SAP, informándoles a mes vencido el resultado de manera oficial.

QUINCUAGÉSIMO NOVENO. Los Regímenes Estatales tendrán como máximo dos días naturales para realizar aclaraciones respecto del resultado de la validación remitida por la Comisión. Las aclaraciones que procedan se integrarán en el cierre definitivo.

SEXAGÉSIMO. En el caso de los registros con inconsistencias, los Regímenes Estatales realizarán las correcciones que, en su caso, procedan y los integrarán en la entrega del mes subsecuente. El financiamiento que pudiera corresponderles será a partir de su integración al Padrón Nacional.

SECCIÓN QUINTA

INFORMACIÓN DEFINITIVA

SEXAGÉSIMO PRIMERO. La información definitiva del Padrón de cada mes, será la del cierre autorizado por la Comisión, misma que remitirá a los Regímenes Estatales. Por lo tanto, la información oficial que proporcionen éstos deberá originarse de dicho cierre.

SEXAGÉSIMO SEGUNDO. La Comisión deberá generar un respaldo del Padrón con el corte mensual y al cierre de cada trimestre conservar sólo el del último mes (marzo, junio, septiembre y diciembre). Al concluir el ejercicio fiscal, se deberá mantener el cierre del mes de diciembre como anual.

SEXAGÉSIMO TERCERO. Dentro de los quince días hábiles del mes subsecuente al del cierre definitivo, la Comisión procederá a iniciar el trámite para la transferencia de las aportaciones federales por las personas afiliadas al Sistema.

SECCIÓN SEXTA

RESGUARDO, ACCESO Y CONTROL DEL PADRÓN

SEXAGÉSIMO CUARTO. Los Regímenes Estatales, una vez que la Comisión notifique el cierre de afiliación del periodo correspondiente, procederán a:

- I. Respaldar la información del Padrón del cierre mensual en al menos dos dispositivos de almacenamiento, alternos al equipo de cómputo donde se acopia la información de la Base de datos, para asegurar la recuperación integral de la misma en caso de una eventualidad y preservar el récord histórico;
 - II. Dichos respaldos deberán hacerse del corte mensual y al cierre de cada trimestre conservando sólo el del último mes (marzo, junio, septiembre y diciembre). Al concluir el ejercicio fiscal se deberá mantener el cierre del mes de diciembre como anual;
 - III. Realizar el respaldo de la Base de datos previo a cada cambio de versión del SAP, para asegurar la recuperación e integridad de la información;
 - IV. Actualizar el SAP, a partir de las versiones que libere la Comisión y asegurar que la integración de la información se realice en la versión más reciente, y
 - V. Adoptar las medidas de seguridad y recuperación de información del Padrón en caso de siniestros
- tales como: terremotos, inundaciones, incendios u otros que pudieran afectar la integridad de los resguardos de la Base de datos, seleccionando un lugar físico alternativo de

almacenamiento de los respaldos del Padrón al lugar de adscripción, a efecto de garantizar su recuperación integralmente. Para ese efecto, se turnarán a dicho lugar de almacenaje al menos dos dispositivos de almacenamiento con el respaldo de la información por cada mes de cierre de Padrón.

El acceso a este lugar alternativo deberá recaer en los titulares de los Regímenes Estatales y en el responsable del área de administración del Padrón, para asegurar la confidencialidad de la información depositada en el mismo.

SECCIÓN SÉPTIMA

CONFIDENCIALIDAD Y DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN DEL PADRÓN

SEXAGÉSIMO QUINTO. El Padrón estará sujeto a las normas de confidencialidad previstas en las disposiciones jurídicas aplicables en materia de transparencia y acceso a la información pública; en la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, así como en los siguientes criterios:

- I. Los Regímenes Estatales deberán mantener los datos personales contenidos en el Padrón bajo la política de confidencialidad y estricto resguardo, estableciendo para ello los controles informáticos necesarios, para que su acceso sea restringido sólo a personal autorizado, obligación que recaerá en los titulares de los Regímenes Estatales.
- II. Las medidas de control para acceder al equipo que resguarda el Padrón, serán mediante claves confidenciales que sólo deberán conocer los responsables autorizados.
- III. La Comisión, a partir del Padrón validado de las entidades federativas, es responsable de integrar y resguardar el mismo, estableciendo las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y el acceso controlado a la misma.

SECCIÓN OCTAVA

COTEJO

SEXAGÉSIMO SEXTO. La Comisión, de conformidad con el artículo 77 bis 5, inciso A), fracción XI, de la Ley, y 52 del Reglamento, solicitará anualmente, al Consejo de Salubridad General, el cotejo del Padrón, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica, y dará a conocer a los Regímenes Estatales el resultado del mismo.

SEXAGÉSIMO SÉPTIMO. Con base en el resultado del cotejo, los Regímenes Estatales procederán a verificar la vigencia de los registros señalados como duplicados y, en su caso, procederán de conformidad con las determinaciones que al respecto emita la Comisión.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES FINALES

SEXAGÉSIMO OCTAVO. La Comisión y los Regímenes Estatales serán responsables de poner a disposición del público en general, a través de medios impresos y electrónicos, los presentes Lineamientos, así como los procedimientos que de éstos se deriven.

SEXAGÉSIMO NOVENO. La Comisión vigilará el cumplimiento de la aplicación de los presentes Lineamientos y dictará las disposiciones operativas correspondientes.

SEPTUAGÉSIMO. La Secretaría, a través de la Comisión, interpretará para efectos administrativos los presentes Lineamientos y resolverá aquellos casos no previstos en los mismos, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

SEPTUAGÉSIMO PRIMERO. Las quejas y sugerencias sobre las actividades y funciones de prestadores de servicios del Sistema, podrán presentarse a través de los distintos mecanismos implementados para tal efecto en las unidades médicas, oficinas y Módulos, así como en la propia Comisión.

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

Anexo 11. Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de junio del 2010.

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

SALOMÓN CHERTORIVSKI WOLDENBERG, Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 77 BIS 5, inciso A, fracción VI, 77 Bis 11, 77 BIS 21, 77 Bis 25, 77 BIS 26 y 77 BIS 35 de la Ley General de Salud; 122, 124, 125, 126 y 127, fracción III del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; numeral 6 del Capítulo V de los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, y 4 fracciones I, XXVII, y XXXVII y 6 fracciones I y XIII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y

CONSIDERANDO

Que el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud establece que el Sistema de Protección Social en Salud es un mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, haciendo efectivo así el derecho de toda persona a la protección de la salud, garantía constitucional contenida en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

Que en términos de la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, el Sistema de Protección Social en Salud es financiado de manera solidaria por la Federación, las entidades federativas y, en su caso, por los beneficiarios del mismo, para lo cual, de conformidad con dichos ordenamientos, la Secretaría de Salud, por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, establece el esquema de cuotas familiares;

Que el artículo 77 Bis 26 la propia Ley General de Salud, establece que el nivel de ingreso o la carencia de éste no es limitante para el acceso al Sistema de Protección Social en Salud, dada la previsión del régimen no contributivo, el cual es aplicable, tanto a aquellas familias con insuficiente ingreso o la carencia de éste, como en otros supuestos que fije la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, conforme a la fracción III del artículo 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, contempla el eje 3 "Igualdad de Oportunidades", en el cual se establece el objetivo 7 "evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal", dentro del cual la estrategia 7.2 prevé la consolidación de la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, y

Que, congruente con lo dispuesto por el Plan Nacional de Desarrollo, se ha estimado pertinente continuar con los esfuerzos realizados por el Gobierno Federal, tendientes a mitigar los efectos de las condiciones económicas adversas que prevalecen en la actualidad, por lo que se ha determinado ampliar los supuestos del régimen no contributivo en el Sistema de Protección Social en Salud, hacia a todas las personas afiliadas y por afiliarse, que se ubiquen en los deciles III y IV de la distribución del ingreso para efectos del Sistema de Protección Social en Salud, tenido a bien expedir el siguiente:

AVISO QUE ESTABLECE NUEVOS SUPUESTOS PARA CONSIDERAR A FAMILIAS AFILIADAS O POR AFILIARSE AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO

PRIMERO.- El presente aviso tiene por objeto establecer nuevos supuestos para considerar familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud como sujetos del régimen no contributivo.

SEGUNDO.- Se considerarán sujetos del régimen no contributivo del Sistema de Protección Social en Salud:

I. Las familias afiliadas con anterioridad a la expedición del presente Aviso y que, cumpliendo con sus derechos y obligaciones respectivos, se ubiquen en los deciles III y IV de la distribución de ingreso, conforme a la evaluación socioeconómica realizada en términos de los artículos 77 Bis 25 de la Ley General de Salud y 122 y 124 al 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud;

II. Las familias que, en términos de las disposiciones aplicables, se incorporen con posterioridad a la expedición del presente Acuerdo y se ubiquen en los deciles III y IV de la distribución de ingreso, en términos de la evaluación a que se refiere la fracción anterior;

TERCERO.- Las familias que a la fecha de entrada en vigor del presente Aviso ya estuvieran afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, y que por encontrarse en los supuestos establecidos en el Artículo Segundo del presente Aviso se consideren sujetos del régimen no contributivo, continuarán con los mismos derechos y obligaciones, a excepción del pago de la cuota familiar que originalmente les hubiera correspondido.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Aviso entrará en vigor a los 30 días naturales siguientes a su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Las familias que se ubiquen en los supuestos de suspensión de beneficios del Sistema de Protección Social en Salud, en términos de la fracción I del artículo 77 Bis 39 de la Ley General de Salud, se podrán acoger a los beneficios del presente Aviso, una vez que hayan cumplido la obligación cuya omisiónhubiese originado la suspensión de la cobertura de la protección social en salud.

TERCERO.- Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, continuarán aplicando la evaluación socioeconómica a que se refieren los artículos 77 Bis 25 de la Ley General de Salud; 122 y 124 al 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

CUARTO.- La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, durante la vigencia del presente Aviso, continuará elaborando el diverso por el que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud, a que se refieren los artículos 77 BIS 5, inciso A, fracción VI, 77 BIS 21, 77 BIS 25 de la Ley General de Salud; 124 y 135 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y el numeral 6 del Capítulo V de los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.

México, D.F., a 26 de abril de 2010.- El Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, Salomón Chertorivski Woldenberg.- Rúbrica.

Anexo 12. Esquema de contraloría social del SMSXXI para el ejercicio fiscal 2017.

INTRODUCCIÓN

A través del SMSXXI, todos los niños menores de cinco años de edad afiliados al SPSS reciben sus beneficios. El objetivo general del SMSXXI, es financiar mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de los niños menores de cinco años de edad, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud.

Cabe señalar, que la estrategia de Contraloría Social se fundamenta en la actuación de los Comités de Contraloría Social (padres o tutores del menor) de cada Entidad Federativa, en los hospitales de las entidades federativas designadas por el SMSXXI.

De conformidad con lo establecido en los Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social en los Programas Federales de Desarrollo Social, se elabora el presente Esquema de Contraloría Social para el SMSXXI, esquema que contiene las actividades y responsabilidades de Contraloría Social; de acuerdo a los siguientes 4 apartados: I. Difusión, II. Capacitación y Asesoría, III: Seguimiento y IV. Actividades de Coordinación.

OBJETIVO.

Las entidades federativas, propiciarán la participación de los padres o tutores de los beneficiarios del Seguro Médico Siglo XXI, a través de la Contraloría Social, para el seguimiento, supervisión y vigilancia del cumplimiento de las metas y acciones comprometidas en el SMSXXI, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados al mismo.

La CNPSS 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.

1. DIFUSIÓN.

1.1. La Instancia Normativa definirá y mencionará los medios que utilizará para la difusión.

La CNPSS, promoverá que se realicen actividades de difusión para Contraloría Social del SMSXXI, mediante un tríptico que diseñará como prototipo para su reproducción en los REPSS de cada una de las entidades federativas, que contendrá la siguiente información relativa a la operación del SMSXXI:

- I. Características generales de los apoyos y acciones que contempla el SMSXXI.
- II. Tipo de apoyo que ofrece el SMSXXI a los beneficiarios;
- III. Requisitos para elegir a los beneficiarios;
- IV. Instancia normativa, ejecutoras del SMSXXI y órganos de control, así como sus respectivos canales de comunicación;
- V. Medios institucionales para presentar quejas y denuncias, y
- VI. Procedimientos para realizar las actividades de Contraloría Social.

El tríptico elaborado propuesto, será proporcionado por la Instancia Normativa en formato electrónico a las entidades federativas para su reproducción, en caso necesario para no impactar en el uso de recursos económicos, esta acción podrá realizarse mediante fotocopias.

1.2. Los procedimientos para realizar las actividades de Contraloría Social.

La CNPSS con la finalidad de que los REPSS promuevan y den seguimiento a las acciones de Contraloría Social, implementará el esquema de trabajo con los procedimientos siguientes:

EL TITULAR DEL REPSS.

- Ü Nombrará un representante quien fungirá como enlace ante la CNPSS;
- Ü Será el responsable de que se registren los Comités de Contraloría Social;
- Ü Designará al Gestor del Seguro Popular, y
- Ü Enviará el informe ejecutivo de actividades a la DGAPSMSXXI.

EL GESTOR DEL SEGURO POPULAR.

P Será el responsable de Constituir el Comité de Contraloría Social, así como explicar brevemente que los tutores de los beneficiarios que acceden a llenar la Cédula de Vigilancia serán considerados como un Comité;

P Aplicará la Cédula de Vigilancia a los padres o tutores de los beneficiarios del SMSXXI que sean atendidos por la patología previamente elegida por la CNPSS;

P Las Cédulas de Vigilancia serán aplicadas antes del egreso (pre-alta, en su caso) del paciente, y

P Las Cédulas de Vigilancia serán registradas en el Sistema Informático de Contraloría Social (SICS) de forma trimestral.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DEL PROGRAMA SMSXXI DE LA CNPSS.

P La CNPSS a través de la DGA SMSXXI designará la Unidad Médica y el padecimiento a evaluar por cada Entidad Federativa, siendo estrictamente necesario aplicar las Cédulas de Vigilancia sobre el padecimiento elegido;

P Evaluará los resultados obtenidos de las Cédulas de Vigilancia aplicadas a padres o tutores que sean atendidos por la patología seleccionada, y

P Evaluará las acciones del informe ejecutivo emitido por el REPSS posterior al análisis de los resultados de las Cédulas de Vigilancia.

2. CAPACITACIÓN Y ASESORÍA.

La CNPSS a través de la Dirección General Adjunta del Programa Seguro Médico Siglo XXI (DGASMSXXI) y la Dirección General con Entidades Federativas (DGCEF), asistirán a reuniones Regionales con los REPSS de las entidades federativas para dar a conocer el

mecanismo, las acciones y las fechas compromisos relativos a Contraloría Social.

Asimismo, la CNPSS a través de la DGASMSXXI y la DGCEF, gestionará como apoyo la participación de la SFP para la exposición sobre los aspectos normativos y el uso del SICS.

2.1 Proporcionar la capacitación a los servidores públicos e integrantes de Comités.

La DGASMSXXI y la DGCEF con el apoyo de la SFP, previa gestión del SMSXXI, otorgará capacitación y orientación en materia de Contraloría Social a los REPSS.

2.2 Brindar asesoría para que se realicen adecuadamente las actividades de supervisión y vigilancia.

- Los REPSS son los responsables de capacitar a los Gestores del Seguro Popular que aplicarán las Cédulas de Vigilancia en los hospitales.
- El Gestor del Seguro Popular asesorará a los representantes de los beneficiarios en materia de Contraloría Social y llenado de las Cédulas de Vigilancia.
- El Enlace de Contraloría Social designado por el REPSS, será el responsable de capturar el Registro de Contraloría Social y las Cédulas de Vigilancia.

2.3 Capturar las Cédulas de Vigilancia.

- Es compromiso del REPSS designar a un Enlace de Contraloría Social quien es responsable de capturar las Cédulas de Vigilancia para presentación ante la CNPSS.

2.4 Organizar con los representantes de los beneficiarios las acciones de Contraloría Social

Los Comités de Contraloría Social tendrán la función de verificar la operación del SMSXXI, mediante las Cédulas de Vigilancia, a las cuales darán respuesta una vez que den la pre-alta o alta del menor en los hospitales seleccionados, dichas Cédulas serán aplicadas por el Gestor del Seguro Popular.

El objetivo de la aplicación de las Cédulas de Vigilancia, es conocer la opinión de los padres de familia o tutores, respecto al servicio, atención y apoyos recibidos durante el tratamiento del menor beneficiario.

3 SEGUIMIENTO.

La DGASMSXXI, en coordinación con la DGCEF dará seguimiento a los Programas Estatales de Trabajo de Contraloría Social (PETCS) y a la captura de información en el SICS a nivel nacional mediante las siguientes acciones de Contraloría Social:

- Revisión y monitoreo del avance de los PETCS;
- Visitas programadas a las Unidades Médicas elegidas previamente por el SMSXXI;
- Monitoreo por parte de los REPSS de los resultados registrados en el SICS, y
- Monitoreo por parte de la DGASMSXXI de los resultados registrados en el SICS.

Una vez concluido el presente ejercicio fiscal y el cierre de las actividades en el SICS, los REPSS informarán a la Instancia Normativa mediante un informe ejecutivo las acciones realizadas en las Unidades Médicas derivadas del Esquema de Contraloría Social.

3. 1 De la captura en el Sistema Informático de Contraloría Social.

El enlace de Contraloría Social nombrado por el Director del REPSS será responsable de capturar la información de operación y seguimiento de la Contraloría Social en el SICS administrado por la SFP a través de la siguiente dirección: <http://sics.funcionpublica.gob.mx/>, estos registros serán monitoreados por la CNPSS.

Asimismo los resultados obtenidos en las Cédulas de Vigilancia por los Comités de Contraloría Social, en este caso, conformados por los padres de familia o tutores, se capturarán en el SICS.

4 ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN.

La CNPSS establecerá acciones de coordinación con los REPSS, a través del sistema informático determinado por la SFP, las cuales tendrán que darse en el marco de transparencia y colaboración, en apego a lo establecido en estas Reglas de operación y la normativa aplicable en la materia.

