

DECIMOTERCERA SECCION

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2009 del Programa Caravanas de la Salud.

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

JOSE ANGEL CORDOVA VILLALOBOS, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 32 y 33 de la Ley de Planeación; 23 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009 y fracción XVI del artículo 7 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho que tienen todas las personas a la protección de la salud, de conformidad al artículo 4o., que manifiesta la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Que el Gobierno Federal ha establecido como uno de sus programas prioritarios el de Caravanas de la Salud que tiene por objeto acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación, integralidad y resolutivez, mediante equipos itinerantes de salud a la población que habita en microrregiones con bajo índice de desarrollo humano que carecen de atención médica oportuna debido a su ubicación geográfica, dispersión y/o condiciones de acceso, en las cuales resulta muy complejo y en algunos casos imposible el establecimiento en el corto plazo de unidades médicas fijas.

Que conforme al artículo 77, fracción I de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Comisión Federal de Mejora Regulatoria autorizaron las Reglas de Operación del Programa Caravanas de la Salud; por lo expuesto es que he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO

UNICO.- La Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2009 del Programa Caravanas de la Salud, de conformidad con el siguiente:

Contenido

1.- Introducción

Glosario de Términos

2.- Marco Jurídico y Programático

2.1.- Marco Jurídico

2.2.- Marco Programático

3.- Orientación Estratégica del Programa

3.1.- Misión y Visión

4.- Objetivos

4.1.- General

4.2.- Específicos

4.3.- Relación lógica con la Matriz de Indicadores

5.- Lineamientos

5.1.- Generales

5.1.1.- Características del Programa

5.1.2.- Mecanismos de Apoyo del Programa

5.1.3.- Modelo Integrador de Atención a la Salud

5.1.4.- Regionalización operativa

5.1.5.- Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS)

5.1.6.- Accesibilidad a la Red de los Servicios de Salud

5.1.7.- Cartera de Servicios

5.2.- Cobertura

5.3.- Focalización

5.3.1.- Municipios de Menor IDH

5.3.2.- Localidades de Alta y Muy Alta Marginación

5.3.3.- Localidades Marginadas y Geográficamente Dispersas y de Difícil Acceso

5.4.- Criterios de inclusión, establecimiento de rutas y tipología

5.4.1.- Criterios de inclusión

5.4.2.- Criterios para el establecimiento de rutas

- 5.4.3.- Validación de las Rutas de las UMM
- 5.4.4.- Tipología de las UMM
- 5.5.- Población objetivo
- 5.6.- Características de la población
- 5.7.- Beneficiarios
- 5.8.- Características de los apoyos
- 5.9.- Derechos y obligaciones
 - 5.9.1.- Derechos
 - 5.9.2.- Obligaciones
- 5.10.- Participantes
 - 5.10.1.- Instancia Normativa
 - 5.10.2.- Subsecretaría de Innovación y Calidad
 - 5.10.3.- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES)
 - 5.10.4.- Unidades Administrativas de la SECRETARIA
 - 5.10.5.- Coordinación Institucional
 - 5.10.6.- Ejecución del Programa
- 5.11.- Prestación de servicios
- 5.12.- Acciones previas a la operación de Nuevas Unidades del Programa
- 6.- **Operación**
 - 6.1.- Procesos
 - 6.1.1.- Equipamiento de UMM y capacitación de recursos humanos
 - 6.1.2.- Proceso de alineación y dignificación
 - 6.1.3.- Contratación de los Recursos Humanos
 - 6.1.4.- Mecanismo de Selección y Evaluación del Personal Gerencial del Programa
 - 6.1.5.- Características del personal
 - 6.1.5.1.- Coordinador Estatal del Programa
 - 6.1.5.1.1.- Perfil Profesional
 - 6.1.5.1.2.- Cualidades y habilidades
 - 6.1.5.1.3.- Funciones y Responsabilidades
 - 6.1.5.2.- Supervisor Estatal del Programa
 - 6.1.5.2.1.- Perfil Profesional
 - 6.1.5.2.2.- Cualidades y habilidades
 - 6.1.5.2.3.- Funciones y responsabilidades
 - 6.1.6.- Capacitación
 - 6.2.- Entrega de acciones de promoción y prevención de la salud y de participación comunitaria
 - 6.2.1.- Procesos de promoción y prevención
 - 6.2.2.- Servicios de Atención Médica
 - 6.2.3.- Servicios Médicos para la Población
 - 6.2.4.- Referencia y contrarreferencia de pacientes
 - 6.3.- Afiliación de la población objetivo al SPSS
 - 6.3.1.- Proceso de acreditación
 - 6.3.2.- Proceso de afiliación
 - 6.4.- Comunicación educativa
 - 6.5.- Información
 - 6.5.1.- Tecnologías de la Información
 - 6.6.- Financiamiento
 - 6.7.- Ejecución
 - 6.7.1.- Avance Físico y Financiero
 - 6.7.2.- Proceso para la Comprobación de los Recursos
 - 6.7.3.- Cierre del Ejercicio Presupuestal
 - 6.7.4.- Recursos no devengados
 - 6.8.- Mecanismo de Control a la Operación
 - 6.9.- Supervisión de las Rutas por parte de las DGPLADES
- 7.- **Auditoría, Control y Seguimiento**
 - 7.1.- Auditoría y control
 - 7.2.- Seguimiento

8.- Evaluación

8.1.- Interna

8.2.- Externa

9.- Transparencia

9.1.- Difusión

9.2.- Contraloría social

9.3.- Quejas y Denuncias

Anexo 1.- Municipios de Menor IDH**Anexo 2.-** Modelo de Contrato de Prestación de Servicios Profesionales para la contratación del Coordinador y Supervisor Estatal del Programa**Anexo 3.-** Modelo de Convenio de Gestión para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud**Anexo 4.-** Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos**1.- Introducción**

Desde hace 30 años, en México se han implementado diversos programas de extensión de cobertura para atender a las personas que viven en comunidades dispersas, pequeñas y de pocos habitantes.¹ A partir de estos antecedentes, la actual Administración Pública Federal (APF), mediante la Secretaría de Salud (SECRETARIA), diseñó una nueva estrategia de extensión de cobertura, el Programa Caravanas de la Salud (Programa).

El Programa busca atender a poblaciones dispersas de comunidades caracterizadas por su tamaño y pocos habitantes, que residen en zonas orográficas de difícil acceso en México y que por lo tanto no tienen capacidad de acceder a la red de servicios de salud debido a esta ubicación geográfica. Los factores anteriormente descritos, dificultan la construcción de establecimientos fijos de atención médica por parte de la SECRETARIA para atender a dichas poblaciones.

La actual APF a través de SECRETARIA, ha diseñado este programa para acercar a la población, la oferta de servicios de salud con criterios de anticipación, de manera integral y resolutive, mediante equipos de salud itinerantes. Esta nueva estrategia de atención itinerante beneficiará prioritariamente a 1.4 millones de personas que habitan en los 125 municipios de menor índice de desarrollo humano (IDH) que cuentan con problemas de acceso regular a servicios integrales e institucionales de salud.

La prioridad del Programa, estará centrada en los 125 municipios de menor IDH, localizados en siete entidades federativas prioritarias, que son: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

La segunda prioridad del Programa estará enfocada a coadyuvar en el fortalecimiento de la cobertura de servicios en localidades dispersas, marginadas y con un número reducido de habitantes en todas las entidades federativas.

El Programa articula a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de acercar la red de servicios de salud a la población que, por sus condiciones sociales, no tiene una cobertura regular o permanente de estos servicios. Por ello, este programa constituye uno de los principales esfuerzos de la política de salud del gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, para resolver las actuales limitaciones de cobertura de servicios que aún prevalecen en diversas zonas del territorio nacional.

Las presentes Reglas de Operación del Programa han sido formuladas de acuerdo con los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal vigentes emitidos por las secretarías de Hacienda y Crédito Público y de la Función Pública, así como por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, garantizando que no se contraponen, afecten o presenten duplicidad con otros programas y acciones del Gobierno Federal en cuanto a su diseño, beneficios, apoyos otorgados y población objetivo.

Cabe señalar que en la elaboración de las presentes reglas de operación se contó con la participación de diversas áreas de la SECRETARIA.

Glosario de Términos

Para los efectos de estas Reglas de Operación, se entiende por:

Secretaría: Secretaría de Salud Federal

Programa Caravanas de la Salud: Programa de acción federal con presencia en las 32 entidades federativas que busca acercar la Red de Servicios de Salud a la población que habita en los municipios de menor índice de desarrollo humano, localidades de alta y muy alta marginación y localidades marginadas con alta dispersión y de difícil acceso a servicios de salud de manera permanente y de forma integral.

El Programa consiste en la organización y operación de equipos de salud itinerantes y de unidades médicas móviles de diferente capacidad resolutive, que son un complemento a la red de servicios de salud conformada por las unidades médicas fijas. El Programa cuenta con recursos humanos capacitados, otros

¹ Programas de Extensión de Cobertura (PEC), Programa de Salud Rural (PSR), Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSSPA), Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), Componente de Salud de Progreso (Actualmente Oportunidades)

medios de transporte de personal, casas de salud, recursos materiales (medicamentos, insumos, dispositivos médicos y recursos tecnológicos como la telemedicina), que inciden en un espacio geográfico determinado, a través del establecimiento de rutas de atención, brindando servicios de salud a la población como: prevención y control de enfermedades, promoción de la salud y 74 intervenciones de atención médica ambulatoria del Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud (CAUSES).

El Programa garantiza la continuidad de la atención a través del envío de pacientes a unidades médicas de mayor capacidad resolutive de la red. Parte fundamental del desarrollo del Programa lo constituye el fomento de la participación comunitaria, así como la vigilancia epidemiológica y las acciones en materia de salud pública.

Accesibilidad: Conjunto de acciones que busca acercar los servicios de salud a la población mediante la disminución de obstáculos de naturaleza diversa, como: la falta de vías de comunicación y acceso, barreras geográficas, culturales y tecnológicas. Combina estrategias de atención ambulatoria a nivel comunitario, telemedicina y referencia efectiva a unidades de mayor resolutive.

Unidades Médicas Móviles: Vehículos que contienen equipo médico y odontológico para el diagnóstico y tratamiento (UM Dx y Tx), de diversos niveles de capacidad resolutive y que están operados por personal capacitado: un médico, una enfermera y un promotor de salud-polivalente y en su caso un odontólogo. Estas unidades cuentan con equipo médico, instrumental, medicamentos e insumos médicos para otorgar servicios de: promoción, prevención, detección, atención y control de enfermedades, apoyado, con sistemas de telecomunicación y enlace satelital a unidades de la red de servicios de salud de mayor resolutive, que recorren bajo una programación mensual determinada una ruta conformada por microrregiones definidas bajo los criterios establecidos por el Programa, en principio, con una periodicidad de visitas de al menos dos veces al mes en los municipios de menor índice de desarrollo humano y las localidades de alta y muy alta marginalidad establecidas en su área de influencia.

Red de Servicios de Salud (REDESS): Conjunto de unidades fijas y móviles de atención a la salud, cuya coordinación, complementariedad, resolutive e ínter conectividad, se encaminan al otorgamiento de servicios de salud a las personas y a las comunidades en un área geográfica y poblacional determinada.

Localidad Sede: Es la localidad o área en donde se resguarda la Unidad Médica Móvil (UMM) del Programa.

Localidad Subsede: Son las localidades que integran propiamente la ruta de la UMM del Programa y son las áreas física en las cuales habita o reside la población objetivo del Programa.

Localidad Satélite: Son localidades que no se encuentran propiamente situadas dentro de las microrregiones que conforman la ruta que recorre la UMM del Programa, pero por su cercanía con alguna localidad subsede de la ruta, la población que habita en dichas localidades también recibe los servicios que otorga la UMM del Programa. Los habitantes de las localidades satélite, se desplazan hasta una de las localidades subsede en las cuales está estacionada la UMM del Programa realizando su jornada laboral de 8 horas de trabajo. Cabe mencionar que también los habitantes de la localidad satélite son beneficiarios de los servicios ofertados por el Programa.

Casa de Salud: Es un establecimiento de apoyo para UMM del Programa que permite resguardar recursos, insumos y otros elementos para el funcionamiento de las UMM de las Caravanas. Están situadas en puntos estratégicos de la ruta programada que recorrerá la UMM del Programa.

Es importante mencionar que en general, las casas de salud no son propiedad de los Servicios Estatales de Salud, sino que son propiedad de la comunidad.

2.- Marco Jurídico y Programático

2.1.- Marco Jurídico

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley General de Salud
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
- Ley de Coordinación Fiscal
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

2.2.- Marco Programático

Plan Nacional de Desarrollo

Para dar continuidad a las acciones que consolidarán el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y garantizar el acceso integral de servicios de salud a los mexicanos más desprotegidos y como un componente prioritario del fortalecimiento de la oferta de los servicios de salud para alcanzar la cobertura universal al 2010, la administración del Lic. Felipe Calderón Hinojosa, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, ha establecido el Programa Caravanas de la Salud, que se alinea con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 en su Eje 3: Igualdad de Oportunidades, en donde se establece que cada mexicano, sin importar su lugar de origen y el ingreso de sus padres, debe tener acceso a genuinas oportunidades de

formación y de realización, en específico en el rubro: Pobreza, Apartado 3.1 Superación de la pobreza, Objetivo 1, Reducir significativamente el número de mexicanos en condiciones de pobreza con políticas públicas que superen un enfoque asistencialista, de modo que las personas puedan adquirir capacidades y generar oportunidades de trabajo, Estrategia 1.3 Asegurar que los mexicanos en situaciones de pobreza resuelvan sus necesidades de alimentación y vivienda digna, con pleno acceso a servicios básicos y a una educación y salud de calidad. En esta estrategia se especifica que se llevarán servicios de salud a la población que no cuenta con ellos para avanzar en el logro de una cobertura universal, a través de sistemas móviles se llevará el servicio médico a comunidades aisladas que no cuentan con él, y paulatinamente se extenderán los servicios para llegar más adelante a esos mismos lugares con instalaciones fijas de salud.

Asimismo, se vincula al componente de Desarrollo integral. Apartado 3.2 Salud. Dentro de este se vincula de manera directa al Objetivo 4 referente a Mejorar las condiciones de salud de la población en cuanto a su Estrategia 4.2, cuyo contenido puntualiza que la participación social y la acción comunitaria son fundamentales en las acciones del sector salud pero que ha carecido de bases sólidas para la organización y acción comunitaria, así como de la capacitación en materia de promoción de la salud en el nivel local, siendo importante señalar que no existe una cantidad suficiente de promotores de salud en los núcleos básicos y que es necesario fomentar mayor participación y compromiso de todos los actores participantes en el nivel local, por lo cual se construirá una base social para ejercer la rectoría en participación social y promover la salud de los mexicanos. De igual forma, el Programa se alinea al Objetivo 6 relativo a Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables, dentro del cual, la Estrategia 6.2 busca: ampliar la cobertura de servicios de salud a través de unidades móviles y el impulso de la telemedicina, para atender la salud de la población que habita en localidades pobres alejadas y dispersas que carecen de unidades médicas o de ciertos servicios médicos, se pondrán en operación equipos itinerantes de salud, asimismo se reorganizarán e integrarán los espacios de atención (hogar, comunidad y unidades médicas ambulatorias y hospitalarias) mediante estándares compartidos y confiables que garanticen la continuidad de la atención, a través del establecimiento de redes de telemedicina.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) desde su concepción está vinculado al principio rector del Plan Nacional de Desarrollo "El Desarrollo Humano Sustentable", como visión transformadora de México en el futuro y, simultáneamente, como derecho actual de los mexicanos.

El Programa Caravanas de la Salud es la respuesta de la Secretaría de Salud a los compromisos que se fijó en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Por ello, el Programa está vinculado con el Objetivo 2, el cual propone reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, por medio del logro de dos metas estratégicas: 2.1. Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, y 2.2. Disminuir 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano.

El PROSESA establece en su estrategia 5, 6 y 7 organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud y específicamente en la línea de acción 5.1 se menciona la extensión de la cobertura de atención a las zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a servicios de salud, a través de las Caravanas de la Salud que estarán integradas a las redes de servicios.

En este sentido, el Programa se alinea al PROSESA, 2007-2012 con el objetivo que refiere "Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas" y contribuirá por medio del logro de dos metas estratégicas:

- 2.1. Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, y
- 2.2. Disminuir 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano².

Asimismo, el PROSESA 2007-2012 establece en la estrategia de "Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud" y específicamente en la línea de acción referida a "Extender la cobertura de atención a las zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a servicios de salud, a través de Caravanas de la Salud (unidades médicas móviles y equipos de salud itinerantes), que estarán integradas a las redes de servicios de salud"³.

3.- Orientación Estratégica del Programa

Se reconoce que los avances que se han logrado en el ámbito de la salud, han sido resultados en buena medida de la continuidad que los gobiernos federal y estatales han dado a políticas y programas de salud exitosos. Sin embargo, a pesar de los logros obtenidos, se requiere alcanzar la cobertura universal de los servicios de salud, a través de la afiliación al SPSS de todos los mexicanos que hasta el día de hoy no cuentan con algún esquema de seguridad social; favorecer la portabilidad de los derechos a la salud;

² Poder Ejecutivo Federal. Secretaría de Salud. **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**. México. 2007. p.84

³ Idem.p.p. 111-112

consolidar la transversalidad de los servicios entre instituciones y fundamentalmente, garantizar la oferta de servicios de salud en las localidades de menor IDH y alta marginación que carecen de ellos en las siete entidades federativas prioritarias. Así como, coadyuvar a que se fortalezca y se consolide la oferta permanente de servicios de salud en localidades marginadas, aisladas y difícil acceso geográfico en todo el país.

3.1.- Misión y Visión

El Programa tiene como misión "Acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación, de manera integral y resolutive, mediante equipos itinerantes de salud a la población que habita prioritariamente en las microrregiones de menor índice de desarrollo humano y marginadas con alta dispersión, todos ellos carentes de atención médica oportuna debido a su ubicación geográfica, dispersión y/o condiciones de acceso, en las cuales resulta muy complejo y en algunos casos imposible, el establecimiento en el corto plazo de unidades médicas fijas".

Para lograr esta misión se ha definido desde la perspectiva de la planeación estratégica la visión de "En México para el año 2012 no existirá ninguna persona o familia que carezca de atención médica básica independientemente de su estatus socioeconómico, laboral y su lugar de residencia; esta atención será otorgada por todas las instituciones del sector salud ya sea a través de unidades fijas o de unidades médicas móviles, todas ellas estarán acreditadas para asegurar la calidad y eficacia de los servicios que prestan".

4.- Objetivos

El Programa pretende acercar la oferta de la REDESS a poblaciones con bajo IDH y localidades dispersas y marginadas que carecen de atención médica oportuna debido a diversas causas o factores. Por ello el Programa se constituye como una estrategia de acercabilidad y complemento de la Red de Servicios de Salud (REDESS), cuyo centro de atención son la persona, la familia y la comunidad.⁴

4.1.- General

- Proporcionar servicios regulares de promoción, prevención y atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles, que trabajan de forma complementaria, auxiliados con otros medios de transporte de personal en salud y el apoyo de unidades médicas fijas ubicadas en las rutas de atención ambulatoria.

4.2.- Específicos

- Ampliar la cobertura de atención a las comunidades sin acceso a servicios de salud y fortalecer la capacidad resolutive que garantice el acceso a una atención de salud de vanguardia tecnológica, aprovechando los medios y recursos que ofrece la telesalud.
- Garantizar que la prestación equitativa, oportuna y con calidad de los servicios de salud se proporcione a través de un conjunto de recursos humanos capacitados, con sensibilidad intercultural y respeto a la diversidad.
- Promover la participación social y comunitaria para el desarrollo de una cultura de auto cuidado de la salud, basado en la promoción, prevención, control y atención oportuna de enfermedades, que coadyuve a mejorar estilos de vida en las personas, las familias y comunidades.
- Proporcionar atención médica y odontológica con base en Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) que ofrece el Sistema de Protección Social en Salud y las acciones asociadas al Programa Oportunidades-Salud.
- Fomentar la afiliación de las familias objetivo del Programa al SPSS y a los niños al Seguro Médico para una Nueva Generación para coadyuvar a alcanzar la cobertura universal.

4.3.- Relación lógica con la Matriz de Indicadores

Los objetivos descritos se definieron con base en el Resumen Narrativo (RN) de la Matriz de Indicadores (MI) del Programa^{5,6}. Con ello, se da respuesta a los requerimientos normativos establecidos, se asegura la consistencia entre las Reglas de Operación y las relaciones de causalidad que se establecen en la "lógica vertical" (lógica interna) de la Matriz de Marco Lógico. El esquema metodológico utilizado para la equivalencia, se representa en la Figura 1.

⁴ Acercabilidad se refiere al acceso a una atención integral y de mayor capacidad resolutive sobre los problemas básicos de salud sin necesidad de realizar grandes desplazamientos, trámites o filtros.

⁵ Con base en los Lineamientos Generales para la Evaluación de Programas Federales de la Administración Pública Federal, publicados por la SHCP, la SFP y el Coneval, todos los programas federales sujetos a reglas de operación, deben establecer su Matriz de Indicadores elaborada con base en la Metodología de Marco Lógico.

⁶ En el numeral 8 de los Lineamientos para la Integración del Proyecto de Presupuesto de Egresos para el 2009, publicados el 30 de agosto de 2007 por la SHCP mediante oficio 307-A.-1142, se establece que "Las reglas de operación de los programas presupuestarios deberán reflejar la lógica interna del programa que se describe y presente en la matriz de indicadores".

En este contexto, el objetivo general se ha alineado con el Propósito de la MI el cual refiere que con la puesta en marcha del Programa se pueda afirmar que “La población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso cuentan con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades móviles”.

Para la formulación de los objetivos específicos del Programa se logró la congruencia con los componentes de la MI que refieren los bienes o servicios que el Programa proporcionará a la población beneficiaria y que se describen en el Capítulo 6 de estas Reglas de Operación.

Figura 1

Programa Caravanas de la Salud
Relación lógica entre la Orientación Estratégica y
el Resumen Narrativo de la Matriz de Indicadores



5.- Lineamientos

En esta sección se establecen las directrices que sirven de marco de referencia para la operación del Programa.

5.1.- Generales

5.1.1.- Características del Programa

El Programa se constituye en una estrategia de acercabilidad y complemento de la Red de Servicios de Salud en localidades pertenecientes a ciertas microrregiones cuyas características de ubicación geográfica y sociodemográficas, les impiden o dificultan el acceso real a la red de servicios de salud.

El Programa complementa los esfuerzos sectoriales desarrollados por la SECRETARÍA y los Servicios Estatales de Salud y otras instituciones prestadoras de servicios de salud para consolidar las redes de servicios de salud.

Entre sus principales características destacan:

- Centro de atención en el paciente, familia y la comunidad
- Gratuidad en el servicio, a través de promover la afiliación de familias al SPSS para una Nueva Generación
- Anticipación y resolutivez
- Continuidad en la atención integral
- Calidad y seguridad en la atención
- Práctica médica basada en la mejor evidencia científica
- Sensibilidad intercultural y respeto a la diversidad
- Gestión operativa por grupo de edad y sexo

- Conexión efectiva con la red de servicios de atención a la salud a las personas
- Participación y corresponsabilidad ciudadana

5.1.2.- Mecanismos de Apoyo del Programa

El Programa está constituido por dos componentes importantes que son el eje de sus objetivos: primero es una estrategia de acercabilidad y segundo, es complemento de la REDESS.

Por ello, este programa surge de la implementación del "Modelo Integrador de Atención a la Salud" (MIDAS), por una regionalización operativa, por una vinculación directa al Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS) y la integración de las UMM del Programa a la REDESS, que a su vez se constituye por un conjunto de unidades de diferentes niveles de atención, complejidad y capacidad resolutive, sitios en los cuales se podrá prestar una cartera de servicios de salud a la población beneficiaria del Programa.

5.1.3.- Modelo Integrador de Atención a la Salud

La Secretaría de Salud con base en la reforma jurídica que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), ha establecido un nuevo paradigma para la atención de las necesidades de salud de la población MIDAS, que busca eliminar las barreras de acceso a los servicios, asegurar la calidad, seguridad y continuidad de la atención, fortalecer la capacidad de decisión de los usuarios de los servicios, responder a una realidad epidemiológica en la que hay un predominio de enfermedades no transmisibles y lesiones, reconocer la diversidad cultural de la población y aprovechar, en beneficio de los beneficiarios, la actual pluralidad de prestadores de servicios de salud.

El MIDAS plantea el tránsito del esquema de atención pasiva o reactiva, al de atención proactiva; de la atención centrada en la curación de la enfermedad a la atención anticipatoria; de la atención rudimentaria a la resolutive; de la atención fragmentada a la integrada y continua, de la atención basada en la práctica individual del médico a la atención en equipo interdisciplinario; de la atención "anónima" a la centrada en las necesidades de las personas (pacientes y familiares), incluyendo el reconocimiento, respeto a la diversidad cultural, y finalmente de la atención por padecimiento a la atención integrada por procesos relacionados con las etapas de la vida.

El componente sustantivo del MIDAS son las redes de servicios de salud (REDESS). Por ello, en el caso de los municipios marginados, aislados, dispersos y con menor IDH se pretende que las Caravanas de la Salud sean desde donde inicie la red.

Para el caso de los servicios a la persona, la red inicia desde el primer contacto, básico entre el equipo de prestadores de servicios, que en las localidades más remotas y aisladas del país, está conformado por personal profesional itinerante, apoyado por auxiliares de salud, parteras tradicionales y en algunos casos médicos tradicionales, los cuales llevan a cabo actividades de salud pública, medicina preventiva y atención básica en casas de salud provistas por la comunidad.

Las unidades médicas móviles del Programa y los equipos de salud itinerantes se vinculan a su vez con el resto de unidades de atención fijas de la red, que poseen diversos grados de complejidad estructural-funcional y capacidad resolutive (centros de salud, centros de salud con servicios ampliados –UNEMES–, hospitales comunitarios, hospitales generales, de especialidades y de alta especialidad), los cuales interactúan de manera flexible mediante procesos organizativos y de comunicación, con el fin de garantizar el flujo eficiente de personas con padecimientos de mayor complejidad a unidades médicas de mayor capacidad resolutive. En la red de servicios de salud participan, por tanto, todo tipo de estrategias de atención, diverso personal auxiliar, técnico y profesional, así como establecimientos de atención ambulatoria y hospitalaria para otorgar el servicio, captar la necesidad de la persona y poner a su disposición los beneficios de la atención en un proceso continuo.

5.1.4.- Regionalización operativa

Uno de los instrumentos de planeación estratégica en el que se apoya el Programa son los estudios de regionalización operativa, que integra información cartográfica, georeferenciada, sociodemográfica, epidemiológica y de unidades médicas que forman parte de la Red de Servicios de Salud en una región determinada y que sirve como base para la definición de población potencial y objetivo a atender por cada una de las rutas de las Caravanas de la Salud a nivel micro regional, que posibilite la delimitación operativa de los servicios de salud a nivel municipal y/o local.

Mediante la regionalización operativa es posible determinar población a atender, rutas de operación, localidades sede, subsedes de atención, localidades satélite, tipos de permanencia por localidad y periodicidad de visitas a cada localidad.

5.1.5.- Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS)

Para fortalecer la infraestructura de servicios y apoyar la organización de las REDESS, desde el año 2003 la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud de las 31 entidades federativas y el Distrito Federal crearon un mecanismo dinámico de planeación: el PMIFS, que representa un punto de partida para el reordenamiento de la infraestructura existente y la definición del camino a seguir hacia el 2010, fecha en que se consolidará el Sistema de Protección Social en Salud mediante el logro de la cobertura universal, para la construcción y articulación de nuevas unidades de atención a la salud en el país, con las existentes. El PMIFS establece la conformación de 18 regiones a nivel nacional, que a la vez se constituyen en ejes del desarrollo presente y futuro de los servicios de salud.

El PMIFS se actualiza anualmente en acuerdo con las necesidades expuestas por las entidades federativas. Para garantizar la continuidad de la atención de la red de servicios de salud y la inclusión de toda la población susceptible a afiliarse al SPSS, se ha acordado que al igual que los establecimientos fijos de atención a la salud, también las unidades médicas móviles del Programa que complementarán las redes de servicios de salud, se registren anualmente el PMIFS, y cuando éstas sean sustituidas por una unidad fija, la unidad médica móvil deberá reubicarse en otra micro región.

De esta forma se puede concluir que el Programa, constituye la puerta de entrada a la REDESS para la población que habita en localidades pertenecientes a ciertas microrregiones cuyas características de ubicación geográfica y sociodemográficas les impide el acceso a los servicios de salud de manera integral y que además no cuentan con un esquema de seguridad social. Por ello, es fundamental la vinculación y consideración del Programa en el PMIFS.

5.1.6.- Accesibilidad a la Red de los Servicios de Salud

La Red de Servicios de Salud representa una innovación para la organización de la prestación de servicios de salud a la persona y a la comunidad, pues, a diferencia de la atención por niveles, en que cada uno de éstos constituyen un filtro o mecanismo de contención de la demanda, la REDESS busca garantizar que los recursos financieros, materiales y tecnológicos, así como la información, no se mantengan estáticos sino que fluyan de manera continua asegurando la calidad y oportunidad en el servicio.

A través de las UMM habilitadas con servicios de telemedicina y telecomunicaciones, se establecen los mecanismos de atención satelital in situ y referencia de pacientes que requieren de atención de mayor complejidad a unidades médicas fijas de mayor capacidad resolutive.

5.1.7.- Cartera de Servicios

La cartera de servicios de salud comprende intervenciones de salud de dos tipos: servicios de salud dirigidos a la persona y servicios de salud a la comunidad.

Para el Programa las intervenciones de salud a la persona comprenden, de forma directa, 74 intervenciones de atención ambulatoria del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) que incluyen acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica y odontológica y vigilancia epidemiológica; a través de las UMM del Programa y mediante el sistema de la referencia y contrarreferencia se tendrá acceso al complemento de las 266 intervenciones del CAUSES.

Para las intervenciones de salud a la comunidad, la Cartera de Servicios contempla un conjunto de intervenciones vinculadas a la Estrategia Nacional de "Prevención y Promoción para una Mejor Salud" que incluye acciones de participación comunitaria en salud, promoción de espacios saludables y otras acciones de salud pública.

5.2.- Cobertura

La cobertura geográfica del Programa es progresiva y de carácter nacional; se tiene contemplada su consolidación en el 2010 de manera simultánea con el SPSS. La visión es que para ese año no existan personas o familias sin atención médica primaria en el país.

La cobertura poblacional final, que se espera tener en el año 2010, que será incorporada de manera progresiva es del orden de 3.9 millones de habitantes que estarán ubicados en aproximadamente 20,000 localidades distribuidas en las 31 entidades federativas y el Distrito Federal.

5.3.- Focalización

El Programa como ya se describió en el apartado de cobertura, está focalizado en atender a su población objetivo por medio de tres vertientes, que son:

1. La primera, se refiere a la atención prioritaria de personas y familias que habitan en el medio rural, en localidades marginadas y sin acceso actual a servicios de salud y que además son considerados por INEGI como parte de los 125 municipios de menor IDH de los siete estados prioritarios: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz.
2. La segunda vertiente, considera atender a personas y familias que se encuentran ubicadas en localidades de muy alta y alta marginación, que no necesariamente radiquen en municipios de menor IDH, pero que carezcan de acceso regular a servicios de salud en todas las entidades federativas.
3. La tercera vertiente se refiere a la atención de personas y familias que habitan en localidades que por sus condiciones de marginación y de accesibilidad puedan considerarse como geográficamente dispersas y de difícil acceso a la infraestructura institucional de salud en todo el país.

En resumen, se puede mencionar que los criterios básicos para la selección de las localidades objetivo que pretenden ser atendidas por el Programa son: el bajo índice de Desarrollo Humano, el grado de marginación y las condiciones de accesibilidad y dispersión.

5.3.1.- Municipios de Menor IDH

El bajo IDH es de acuerdo al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), resultado de la combinación de tres indicadores: baja participación del producto interno bruto (PIB) per cápita, alta mortalidad infantil aunado a un bajo nivel educativo.

El municipio constituye una unidad geográfica base para la selección de territorios a atender por el Programa. Asimismo, uno o varios municipios se integran en jurisdicciones sanitarias. El municipio también es un área de gobierno con autoridades y recursos propios con los cuales actúan de manera coordinada los Coordinadores Estatales del Programa, a fin de alcanzar las metas de cobertura de servicios que se establezcan.

A partir de la selección municipal de menor IDH o con alta o muy alta marginación, se identifican las localidades que no cuentan con acceso a servicios de salud, para ser consideradas como parte de la ruta de atención itinerante de los equipos de salud y de UMM del Programa. En este ámbito, se aprovechan también los conocimientos y habilidades de la población la cual participa en actividades sanitarias a favor de la comunidad.

5.3.2.- Localidades de Alta y Muy Alta Marginación

La marginación se entiende como un fenómeno estructural múltiple, que valora dimensiones, formas e intensidades de exclusión en el proceso de desarrollo y disfrute de los beneficios. La medición de dicho fenómeno considera cuatro dimensiones: vivienda, salud, ingreso y distribución de la población. La unidad de análisis implica la relación espacio-sociedad, a través del municipio y la población que lo habita.

De acuerdo con la medición de estos fenómenos, el Programa orienta sus esfuerzos prioritariamente, como ya se mencionó, a los 125 municipios de menor IDH y principalmente a los municipios de alta y muy alta marginación del país.

5.3.3.- Localidades Marginadas y Geográficamente Dispersas y de Difícil Acceso

Es importante mencionar que en todo el país existen localidades que aunque no se encuentran entre las de menor IDH y que tampoco presentan un muy alto o alto grado de marginación, no tienen un acceso regular a los servicios de salud y son población sin cobertura de los servicios básicos de salud, ya que tienen que desplazarse más de una hora a través de sus medios de transporte cotidianos para poder acceder a una unidad médica fija a recibir servicios básicos de salud.

Estas localidades no tienen acceso a la red de servicios de salud principalmente por sus condiciones de tamaño, marginación y sobretodo a sus condiciones de dispersión geográfica. Además, por las características propias, la mayoría de estas localidades siguen sin estar atendidas de manera regular por los servicios estatales de salud.

5.4.- Criterios de inclusión, establecimiento de rutas y tipología

5.4.1.- Criterios de inclusión

Las Caravanas de la Salud atenderán:

- A personas y familias que habiten en municipios catalogados como de menor IDH; o
- A personas y familias que habiten en localidades con alto o muy alto grado de marginación; o
- A personas y familias que habiten en localidades que no tengan unidades fijas de atención a la salud y que para poder acceder a ellas, tengan que trasladarse un tiempo superior a una hora a través de los medios de transportes disponibles; o
- A personas y familias que se encuentren en sitios donde por razones de alguna contingencia haya un incremento en la demanda de servicios.

Existirán unidades médicas móviles dotadas de características especiales para la oferta de servicios diagnósticos o de atención médica especializada ambulatoria, que reforzarán la capacidad de oferta de servicios en las REDESS y que podrán ubicarse en puntos estratégicos de la red de servicios de salud que no cumplan con los criterios anteriormente mencionados.

5.4.2.- Criterios para el establecimiento de rutas.

Se entiende como una ruta de Caravanas de la Salud al espacio geográfico delimitado que abarca uno o varios municipios con la categoría de menor IDH, o municipio(s), que agrupan a un conjunto de localidades marginadas, con alta dispersión y difícil acceso geográfico, sin posibilidad permanente a recibir servicios de salud en una región determinada, y que son atendidas por UMM y equipos itinerantes del Programa de acuerdo a una programación mensual.

Para la planeación de rutas de Caravanas de la Salud, es necesario y vital conocer las características socioeconómicas, epidemiológicas y de salud de la población beneficiaria. Es decir, para establecer la ruta de una UMM del Programa es necesario responder al menos las siguientes preguntas: ¿ubicación geográfica de la localidad?, ¿cómo viven las personas que habitan en ellas?, ¿de qué se enferman?, ¿de qué se mueren?, ¿cómo están los caminos de acceso durante temporada de secas y temporada de lluvias?, ¿cómo se llega a

⁷ Organización de las Naciones Unidas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Índice de Desarrollo Humano Municipal en México. México. 2004. www.undp.org.mx/desarrollohumano. pp1-14.

las comunidades semi urbanas o urbanas?, ¿qué tipo de medio de transporte utilizan?, las distancias y los tiempos de recorrido entre las localidades que conformaran la ruta de la UMM, ¿cuál es la productividad estimada tanto médica, como odontológica?, ¿Cuáles son las principales causas de morbi-mortalidad en la microrregión? tiempo y distancia de las localidades que conformaran la microrregión a visitar por la UMM del Programa y la unidad médica de atención fija de la red de servicios de salud, ¿cuál es la población que está afiliada al SPSS, la beneficiaria de oportunidades y la población estimada que se atenderá con las UMM del Programa, ¿la existencia de casas de salud y sus condiciones?, ¿la existencia de comité local de salud y de la auxiliar de salud comunitaria?, entre algunas de las acciones más importantes.

Estos son elementos estratégicos necesarios para la planeación de las rutas de las Caravanas de la Salud. Esta información contribuirá a la definición y cuantificación de las necesidades de recursos humanos, materiales, financieros que se requieren para la organización, instrumentación y operación del Programa en las localidades objetivo.

Para el establecimiento de rutas de Caravanas de la Salud, además de cumplir con los criterios arriba mencionados, se deberá sujetar a los siguientes requisitos:

- Una ruta de una UMM del Programa estará conformada al menos entre 7 y 15 localidades subsede o 1,500 habitantes (Los habitantes totales se calculan de la suma de habitantes de las localidades subsede más la suma de habitantes que radican en las localidades satélite).
- Preferentemente una UMM del Programa trabajará 20 días por 10 de descanso, conforme a la ruta mensual programada. Sin embargo, las entidades federativas podrán modificar la jornada de acuerdo a sus necesidades operativas previa autorización de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES).
- Cada localidad subsede dentro de una ruta deberá ser visitada al menos dos veces al mes por la UMM del Programa
- La permanencia de la UMM del Programa será por un día en cada localidad subsede visitada, cumpliendo una jornada de trabajo completa de 8 horas, a partir del momento en que llega a la localidad subsede.
- Se deberán identificar las casas de salud o las sedes de medio camino para acortar tiempos de desplazamiento a las localidades más alejadas en donde podrán concentrarse expedientes clínicos, medicamentos e insumos para reabastecerse.
- Se establecerá una programación mensual, con dos propuestas operativas; una para “temporada de secas”, considerando que se tendrá acceso a todas las localidades subsede de la ruta y se desplegarán todos los criterios de programación (7 -15 localidades, 1,500 habitantes y visitas dos veces por mes), y otra para “temporada de lluvias”, considerando que se tendrá acceso limitado a las localidades y las UMM del Programa, se ubicarán en localidades subsede de acceso posible.

Adicionalmente antes de diseñar la ruta, es necesario celebrar reuniones de trabajo y planeación con todos los actores involucrados en la instrumentación y operación del Programa en las Entidades Federativas (Dirección de Planeación, Servicios Estatales de Salud, Oportunidades, Representante Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), Jurisdicción Sanitaria, entre otros).

5.4.3.- Validación de las Rutas de las UMM

Los Servicios Estatales de Salud presentarán a la DGPLADES para su validación, las rutas de las caravanas por tipo de unidad. La DGPLADES analizará y verificará que las rutas de las caravanas propuestas por los Servicios Estatales de Salud cumplan con todos los criterios de inclusión antes de validarlas. En caso de que las rutas presentadas por los Servicios Estatales de Salud no cumplan con los criterios de inclusión, la DGPLADES notificará la negativa de validación a los Servicios Estatales de Salud y le dará un plazo de 15 días hábiles para que corrija, modifique o elabore una nueva ruta para las UMM de la Caravana, de tal forma que la nueva ruta cumpla con los criterios de inclusión que señalan las presentes Reglas de Operación y pueda ser validada por la DGPLADES.

5.4.4.- Tipología de UMM

- **TIPO 0.** Son unidades médicas móviles 4X4 que transportan personal de salud, medicamentos e insumos para la atención de las localidades de una micro región, que forman parte de la ruta de una UMM, en tanto las condiciones del camino o acceso geográfico no le permiten llegar a la o las localidades de la ruta.

Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, enfermera y un promotor de la salud-chofer.

- **TIPO I.** Es una unidad médica móvil equipada con un consultorio de medicina general, con equipo estándar para atención primaria, química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía.

Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, enfermera y un promotor de la salud-polivalente.

- **TIPO II.** Es una unidad médica móvil equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía.
Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, un odontólogo, enfermera y un promotor de la salud-polivalente.
- **TIPO III.** Es una unidad médica móvil equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, equipada con enlace satelital para telemedicina, equipo de video-conferencia, ultrasonografía y electrocardiografía. Asimismo contiene un laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino.
Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, un odontólogo, enfermera y un promotor de la salud-polivalente.

Asimismo, durante el desarrollo del Programa se estará en posibilidad de incorporar otros tipos de UMM conforme a la demanda y que respondan a condiciones epidemiológicas y geográficas de las diferentes entidades federativas.

5.5.- Población objetivo

El Programa define como población potencial⁸ a la totalidad de familias y personas que habitan en aproximadamente 20 mil localidades del país que no tienen acceso o que tienen un acceso irregular a los servicios institucionales de salud.

En general esta población se caracteriza por vivir en pobreza extrema y presentar algunos de los siguientes criterios básicos del Programa:

- Bajo IDH
- Indicador de muy alta y alta marginación
- Condiciones de tamaño poblacional, marginación, dispersión geográfica y dificultad de acceso

La población objetivo del Programa estará constituida, en primer término, por las personas y familias que habitan en 6,992 localidades en los 125 municipios con menor IDH de las siete entidades federativas prioritarias: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

El Programa inició beneficiando prioritariamente a 1.4 millones de personas que habitan en 125 municipios de Índice de Desarrollo Humano, quienes representan 6,992 localidades y una población aproximada de 1,401,880 habitantes en siete entidades federativas prioritarias: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

De forma paulatina y habiéndose atendido la prioridad referida con anterioridad, el Programa continuará la ampliación de su cobertura con la focalización en localidades con índices de marginación alto y muy alto y sin acceso regular a la red de servicios de salud. El Programa ampliará su cobertura a 9,756 localidades en 60 municipios de muy alta marginación, lo que representará una población adicional de 1,850,840 habitantes, así como en 168 municipios de alta marginación y 3,432 localidades con una población de 663,349 habitantes.

Finalmente, el Programa extenderá su cobertura para coadyuvar al fortalecimiento de la red de servicios de las entidades federativas para atender a las localidades con condiciones de tamaño poblacional, marginación y de dispersión geográfica que en la actualidad no son atendidas por las redes de servicios de salud que tienen los servicios estatales de salud en operación. La cobertura poblacional final, que se espera tener en el año 2010, es del orden de 3.9 millones de habitantes que estarán ubicados en aproximadamente 20,000 localidades distribuidas en las 31 entidades federativas y el Distrito Federal.

Para evitar duplicidad en la atención y en la asignación de recursos, se excluirán a los beneficiarios del IMSS Oportunidades y a los derechohabientes de la seguridad social (IMSS, ISSSTE entre otros).

5.6.- Características de la población

La población objetivo del Programa se caracteriza por vivir en los municipios de menor índice de desarrollo humano y en localidades de pequeño tamaño poblacional, de alta y muy alta de marginación, residir en localidades dispersas y con fuertes rezagos de infraestructura básica, como: falta de acceso de agua potable y entubada, piso firme, vivienda, luz, alcantarillado y escaso o nulo a acceso a vías de comunicación. Además, existen deficiencias desde el punto de vista de la salud, subsisten tasas elevadas de morbilidad y mortalidad por causas infecciosas asociadas a la pobreza; desnutrición materna e infantil; esquemas de vacunación incompletos; muertes prevenibles por vacunación; deficiente higiene ambiental y problemas de salud derivados de un insuficiente saneamiento básico.

Adicionalmente a estos riesgos y determinantes de la salud existen otros factores como: coberturas incompletas en servicios básicos; una distribución desigual de la atención en salud; inequidad en la asignación de recursos; costos fuera del alcance de las familias; desequilibrio entre servicios curativos y preventivos e inexistencia de una cultura del auto cuidado de la salud.

⁸ Este concepto se define en cumplimiento de los "Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal" publicados por la SHCP, la SFP y el Coneval el 30 de marzo de 2007.

El mejorar los servicios de salud de la población implica, además de la ampliación de la cobertura y la construcción de infraestructura en salud, ofrecer servicios efectivos, seguros, sensibles a la diversidad cultural y que respondan a las expectativas de los usuarios.

Por ello, en los diferentes ámbitos de la Secretaría de Salud federal y estatal, se impulsan de manera coordinada las políticas de equidad de género, el respeto a los derechos humanos y la interculturalidad.

5.7.- Beneficiarios

Los beneficiarios deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser residentes de localidades que no cuentan actualmente con acceso a servicios de salud regulares; obtenerlos implicaría un traslado de más de una hora (por los medios habituales de transporte que utiliza la comunidad) hacia una unidad fija.
- No contar con los beneficios de la seguridad social.
- Estar incorporadas al SPSS y/o al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) y que habiten en localidades objetivo del Programa.

Los beneficios del Programa los podrán recibir todos los habitantes de las localidades subsede y satélites programadas en las rutas de las UMM del Programa Caravanas de la Salud, y que estén en los supuestos anteriores.

Cabe destacar, que una persona o familia puede, en una primera etapa recibir servicios de salud, a través de Caravanas de la Salud sin estar afiliada al SPSS, por lo que posteriormente podrá ser afiliada, de acuerdo con la programación establecida por el REPSS.

5.8.- Características de los apoyos

Los beneficiarios no afiliados al SPSS o inscritos al PDHO tendrán acceso hasta 74 intervenciones médicas del CAUSES y a las acciones de promoción y prevención de la salud de la Estrategia Nacional.

Los beneficiarios del Programa afiliados al SPSS tendrán acceso a las 74 intervenciones médicas del CAUSES y a las acciones de promoción y prevención de la salud según capacidad resolutive de las UMM del Programa; asimismo, podrán acceder a toda la red de servicios de salud y obtener todas las intervenciones del CAUSES en unidades de diferente capacidad resolutive que cumplan con lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

5.9.- Derechos y obligaciones

5.9.1.- Derechos

Para toda la población beneficiaria del Programa sea o no afiliada al SPSS:

- Recibir la visita de los equipos de salud itinerantes por lo menos dos veces al mes, de acuerdo con la calendarización establecida para las UMM del Programa Caravanas de la Salud en cada entidad federativa.
- Recibir la Cartilla de Salud que les corresponda, de acuerdo con su edad y sexo.
- Recibir gratuitamente hasta 74 intervenciones de atención médica derivadas del CAUSES y las acciones de promoción y prevención de la salud.
- Recibir servicios de salud efectivos, seguros, sensibles a la diversidad cultural, con pleno respeto de las prácticas culturales de la comunidad y que responden a sus expectativas.
- Acceso equitativo a la atención.
- Ser tratados con dignidad, respeto y a recibir atención de calidad.
- Recibir los medicamentos necesarios y que correspondan a los servicios de salud ofertados en la Cartera de Servicios del Programa.
- Contar con información precisa, clara, oportuna y veraz, así como la orientación necesaria sobre la atención de su salud acerca de los riesgos y alternativas respecto a los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se les indiquen o apliquen.
- Contar con un expediente clínico.
- Otorgar o no consentimiento para recibir tratamientos o procedimientos.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Presentar quejas por falta o inadecuada prestación de servicios, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas.
- Recibir orientación para ser atendido cuando exista inconformidad por la atención médica recibida.

Adicionalmente, la población que esté afiliada al SPSS gozará de los siguientes derechos:

- Podrán acceder a toda la red de servicios de salud y obtener todas las intervenciones del CAUSES en unidades de diferente capacidad resolutive.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- Recibir atención de urgencias tanto por UMM del Programa Caravanas de la Salud, así como en otras unidades médicas de la red de servicios, según el requerimiento y complejidad de la atención.
- Recibir información sobre mecanismos de acceso y obtención de servicios de atención médica en los establecimientos que para tal efecto se designen.

- No cubrir cuotas de recuperación por el servicio recibido.
- Conocer el informe anual de gestión del Programa y del SPSS, conforme a las disposiciones legales de transparencia y acceso a la información de entidades públicas.

5.9.2.- Obligaciones

Para toda la población beneficiaria del Programa sea o no afiliada al SPSS.

- Ejercer la corresponsabilidad en el auto cuidado de su salud.
- Asistir a las actividades de capacitación para el autocuidado de la salud.
- Participar activamente en la identificación de causas y soluciones a los problemas de salud de su comunidad.
- Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Llevar a la práctica las recomendaciones emitidas por el equipo de salud itinerante y el auxiliar de salud.
- Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre los antecedentes, necesidades y problemas de salud.
- Cumplir con las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse.
- Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas.
- Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de las UMM del Programa, así como a los otros usuarios y sus acompañantes.
- Hacer uso responsable de los servicios de salud.

Adicionalmente, la población que esté afiliada al SPSS tendrá las siguientes obligaciones:

- Proporcionar al equipo de salud de la UMM la Póliza de Afiliación (constancia de inscripción) que lo acredite como beneficiario del Sistema de Protección Social en Salud.
- Presentar la Cartilla Nacional de Salud correspondiente al momento de solicitar atención médica.
- Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica.

5.10.- Participantes

5.10.1.- Instancia Normativa

El Programa es una estrategia federal; en consecuencia, la rectoría es responsabilidad de la Secretaría de Salud, la que conforme a las presentes Reglas de Operación, determina la normatividad para su operación, misma que debe ser observada por las unidades administrativas de salud a nivel federal que intervienen en el Programa y por los Servicios Estatales de Salud.

5.10.2.- Subsecretaría de Innovación y Calidad

Es responsabilidad de la Subsecretaría de Innovación y Calidad proponer al Secretario de Salud la política nacional para elevar continuamente la calidad de servicios de atención médica y asistencia social y establecer nuevos instrumentos para la innovación y modernización de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud, en coordinación con las unidades responsables de su ejecución. Por ello la Secretaría de Salud ejercerá la rectoría del Programa a través de la DGPLADES adscrita a esta Subsecretaría de Innovación y Calidad.

5.10.3.- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES)

Corresponde a la DGPLADES, diseñar, desarrollar e implantar instrumentos para la innovación y la modernización del Sistema Nacional de Salud, fortaleciendo la función rectora y de coordinación de la SECRETARIA con las unidades que lo conforman o que en él participan, vigilando permanentemente en ello el cumplimiento de las políticas y estrategias en materia de equidad, así como coordinar el análisis de la oferta, demanda, necesidades y oportunidades de los servicios de salud para el diseño, y desarrollo de propuestas innovadoras, de conformidad con lo establecido en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

La DGPLADES será la unidad administrativa central a través de la cual la SECRETARIA ejercerá la rectoría del Programa. La DGPLADES será la responsable del diseño y de establecer los lineamientos del Programa, de coordinar la operación y sobre todo de realizar los procesos de monitoreo y supervisión de la operación del Programa en las entidades federativas.

Adicionalmente a las responsabilidades antes mencionadas, la DGPLADES tendrá las siguientes funciones:

- Coordinar los procesos de vinculación inter e intra institucionales para acercar la oferta de servicios de salud a la población que habita en las localidades de los municipios de menor índice de desarrollo humano y alta y muy alta marginación que, por sus condiciones geográficas de inaccesibilidad, no cuentan con servicios regulares de salud.
- Establecer, difundir y dar seguimiento a las Reglas de Operación del Programa en las entidades federativas.

- Diseñar y establecer el sistema de gestión de calidad del Programa, mediante la identificación, definición y actualización permanente de los instrumentos de monitoreo del Programa, para promover la mejora continua de los procesos operativos, de la coordinación y dirección del Programa en las entidades federativas, basados en la eficacia y eficiencia que sustenten la calidad del Programa.
- Verificar que el otorgamiento de servicios de atención médica, de acuerdo a los lineamientos que emita el SPSS a través del CAUSES, sea bajo estándares de calidad mediante los informes cuantitativos y cualitativos que emitan los Coordinadores Estatales del Programa.
- Organizar en coordinación con la Dirección General de Evaluación del Desempeño, el proceso de evaluación del Programa proporcionando la información requerida para la integración de los términos de referencia y documentos técnico-administrativos que sirvan para el desarrollo de las evaluaciones externas del Programa y .cumplir con la normatividad establecida en la materia.
- Intervenir en la definición de los mecanismos de financiamiento para asegurar la sustentabilidad del Programa.
- Establecer conjuntamente con las entidades federativas las metas del Programa con base en las disposiciones del Programa Sectorial de Salud 2007-2012.
- Coordinar con otras instituciones los mecanismos de supervisión de los procesos operativos del Programa.
- Conducir el seguimiento al ejercicio de los recursos financieros asignados al Programa.
- Participar en el diagnóstico de necesidades de capacitación para el Programa de capacitación continua del personal del Programa.
- Participar en la elaboración e instrumentación de las estrategias de comunicación para la difusión del Programa.

A su vez la DGPLADES será la unidad administrativa central responsable en conjunto con la Subsecretaría de Innovación y Calidad y el Secretario Estatal de Salud de firmar los convenios de coordinación en materia de transferencia de recursos entre el Ejecutivo Federal y las Entidades Federativas para la operación del Programa.

La Secretaría verificará, por conducto de la DGPLADES, que los recursos presupuestales transferidos a las entidades federativas para la operación del Programa, sean destinados únicamente para la realización del Programa sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal.

La DGPLADES, verificará que los recursos presupuestales asignados a los Servicios Estatales de Salud de las Entidades Federativas sean aplicados específicamente para la operación del Programa, sin que esta Dirección General, intervenga en el procedimiento de asignación de los contratos o de cualquier otro instrumento jurídico que formalicen los Servicios Estatales de Salud para cumplir con los gastos de operación del Programa.

Además, la DGPLADES solicitará a la entidad federativa vía los Servicios Estatales de Salud la documentación necesaria que permita dar fe de la aplicación de los recursos presupuestales transferidos para el Programa y la comprobación fiscal que sustenta y fundamenta la aplicación de los recursos mediante la emisión del certificado de gasto.

En situaciones de crisis o contingencia sanitaria, la DGPLADES a petición de los Servicios Estatales de Salud, podrá autorizar que las UMM tipo III se conviertan en unidades de apoyo y por ende dejen de operar regularmente su ruta en el Programa. El resto de las UMM tipo 0, I y II del Programa no podrán utilizarse por ningún motivo para un fin distinto al del Programa.

5.10.4.- Unidades Administrativas de la SECRETARIA

Para que el Programa opere de una manera ágil y eficiente se requiere una participación activa y oportuna de diversas unidades administrativas y órganos desconcentrados de la SECRETARIA, conforme a las atribuciones que tienen establecidas en las disposiciones jurídicas aplicables.

Estas unidades administrativas intervienen directamente en las siguientes actividades del Programa: el diseño, normativa, operación, supervisión o evaluación del Programa, así como la asesoría técnica a las entidades federativas. Por ello es indispensable para la operación y funcionamiento del Programa establecer una coordinación permanente entre la DGPLADES con el resto de las áreas sustantivas centrales a nivel federal.

Asimismo, la DGPLADES establecerá los mecanismos de coordinación con las áreas dependientes de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud para la ejecución de las acciones de diversos Programas dependientes de esa área mayor.

5.10.5.- Coordinación Institucional

La coordinación institucional entre la SECRETARIA y los Servicios Estatales de Salud se establecerá a través de la celebración de los instrumentos consensuales respectivos. La SECRETARIA conjuntamente con los Servicios Estatales de Salud para la ejecución del Programa, vigilarán que no se dupliquen los apoyos del Programa con otros programas federales, equivalentes, hasta en tanto no se consolide su proceso de alineación.

Para llegar en el 2009 a la alineación total de todos los programas similares al Programa, se establece la coordinación con el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en el componente de salud y con los Servicios Estatales de Salud para la revisión y alineación de otras estrategias de atención itinerante, a fin de sumar esfuerzos y evitar duplicidades en la atención de la población objetivo de este Programa.

5.10.6.- Ejecución del Programa

La corresponsabilidad de las entidades federativas se concreta a través de la participación de los Servicios Estatales de Salud mediante la suscripción de los instrumentos consensuales respectivos. Su participación es fundamental para la operación y control del Programa, así como para la constitución de la plataforma social, mediante la participación de las redes sociales que apoyan la implementación.

Los instrumentos consensuales del Programa se elaborarán conforme al modelo que apruebe la SECRETARIA y deberán contener entre otros:

- Administración y ejercicio de los recursos presupuestarios federales transferidos para la operación de las UMM del Programa.
- Efectuar las ministraciones oportunamente para la ejecución del Programa, la vigilancia, el control de los recursos y recabar la documentación comprobatoria de las erogaciones efectuadas en la operación del Programa.
- La coordinación del Programa en su ámbito territorial y administrativo.
- La identificación y selección de las localidades donde habita la población objetivo del Programa.
- La planeación, diseño, instrumentación, logística y calendarización de las rutas que recorrerán las UMM del Programa.
- La contratación de recursos humanos de las UMM del Programa, financiadas por el Gobierno Federal bajo los criterios establecidos y los perfiles determinados para cada uno de los puestos del Programa, tanto operativos como gerenciales.
- La supervisión operativa y seguimiento a las acciones operativas internas para el funcionamiento del Programa.
- La capacitación y difusión del Programa, así como replicar la campaña de comunicación educativa del Programa, difundiendo los materiales impresos, de radio y televisión que se autoricen, utilizando los medios de comunicación a su alcance.
- La coordinación con otras dependencias del gobierno estatal.
- Adquisición y dotación de insumos y medicamentos para las UMM.
- El proporcionar todos los apoyos y facilidades para el mejor desempeño del Programa en la entidad federativa.
- La identificación de otras fuentes de financiamiento para lograr la sustentabilidad financiera del Programa.
- La corresponsabilidad en la aportación de los recursos humanos, financieros, materiales y de infraestructura estatales derivados de los programas de atención itinerante de salud existentes con el fin de que sean alineados al modelo operativo del Programa.

Por otra parte, las entidades federativas a través de la Secretaría de Finanzas Estatal y de los Servicios Estatales de Salud serán los responsables de la administración y el ejercicio de los recursos presupuestarios federales que se transfieran para la operación del Programa. Dichos recursos no podrán ser utilizados para otros fines sino de acuerdo a lo establecido en los instrumentos consensuales que se celebren y serán responsables de efectuar las ministraciones oportunamente para la ejecución del Programa, recabar la documentación comprobatoria de las erogaciones, realizar los registros correspondientes en la contabilidad conforme sean devengados y ejercidos los recursos.

Deberán entregar mensualmente a la SECRETARIA por conducto de la DGPLADES, el certificado de gasto de las erogaciones elaboradas por la instancia ejecutora y validada por la propia Secretaría de Finanzas de la entidad.

Las UMM se utilizarán exclusivamente para atender a la población beneficiaria del Programa. Sin embargo, en caso de que exista una contingencia grave o crisis sanitaria en el país, se solicitará autorización a la DGPLADES para poder mover únicamente las UMM tipo III para brindar ayuda a la población de la zona siniestrada. Por ningún motivo, los Servicios Estatales de Salud podrán mover las unidades móviles tipo 0, I y II de su ruta de operación para destinarlas a una actividad diferente que la atención de la población objetivo del Programa.

Régimen Estatal de Protección Social en Salud

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) a través de los REPSS o su equivalente, realizarán de manera conjunta con la Coordinación Estatal del Programa las siguientes acciones:

- La definición de la estrategia estatal de difusión del SPSS en las localidades objetivo del Programa.
- La revisión y validación de las rutas proporcionadas por el Coordinador Estatal del Programa.
- El establecimiento de mecanismos para la afiliación y/o reafiliación de familias al SPSS y su difusión a la población objetivo del Programa.

- La instrumentación de criterios con el área competente de los Servicios Estatales de Salud para la compra de servicios de salud proporcionados por las Caravanas de la Salud.
- El financiamiento a los Servicios Estatales de Salud por la prestación de servicios a la población atendida por el Programa.

Coordinación Estatal de Caravanas de la Salud

Para la coordinación y ejecución de todas las etapas del proceso administrativo: planeación, programación, presupuestación y evaluación del Programa en cada entidad federativa, se contará con un Coordinador Estatal.

El Coordinador Estatal del Programa será propuesto por el titular de los Servicios Estatales de Salud de cada entidad federativa y validado por la DGPLADES. Su línea de autoridad jerárquica en primera instancia es la SECRETARIA a través de la DGPLADES y de manera operativa funcional es el Secretario de Salud Estatal.

El Coordinador Estatal reportará a la DGPLADES los avances del Programa en todas sus etapas del proceso administrativo de manera quincenal, mensual, trimestral, semestral y anual, así como los informes o reportes que la establezca de manera extraordinaria para evaluar y dar seguimiento a la operación del Programa.

Entre las principales funciones del Coordinador Estatal del Programa destacan las siguientes, conforme a los instrumentos consensuales del Programa:

- Participar en la planeación, programación, presupuestación y seguimiento del Programa con base en los lineamientos normativos establecidos en estas Reglas de Operación y los determinados por la DGPLADES.
- Elaborar el Programa Anual de Trabajo del Programa Caravanas de la Salud y someterlo a la autorización del Secretario de Salud Estatal y de la DGPLADES.
- Promover y coordinar la organización, control y supervisión del Programa, en el ámbito estatal y jurisdiccional con base en la normatividad establecida por la DGPLADES y los programas federales.
- Coordinar, dirigir y apoyar la operación y aplicación del marco normativo del Programa en los niveles jurisdiccional y operativo.
- Apoyar la atención de las observaciones y recomendaciones normativas emitidas a las jurisdicciones sanitarias y a las Caravanas de la Salud.
- Realizar visitas de asesoría, supervisión, seguimiento y control de nivel operativo.
- Coordinar y fomentar la capacitación y actualización del personal de salud, incluyendo el personal comunitario.
- Organizar y conducir las réplicas, conjuntamente con el jefe estatal de enseñanza, del Curso del Programa de Capacitación para el personal operativo y gerencial.
- Coordinar las actividades de competencia estatal y jurisdiccional.
- Promover la actualización y validación de la micro-regionalización ante autoridades estatales y nacionales.
- Revisar y validar las rutas definidas para las Caravanas con el REPSS.
- Participar en la elaboración del programa de ejecución de los recursos transferidos al Programa, de las diversas fuentes de financiamiento.
- Dar seguimiento al ejercicio de los recursos asignados para la operación del Programa.
- Vigilar que se lleve a cabo puntualmente las acciones de conservación y mantenimiento de las UMM del Programa.
- Vigilar que el recurso humano del Programa cumpla con los objetivos por los cuales fueron contratados.
- Coordinar las acciones de vinculación con los titulares de las áreas de los Servicios Estatales de Salud para asegurar la operación efectiva del Programa.
- Colaborar de manera directa en las acciones de acreditación de unidades médicas móviles del Programa.
- Todas aquellas que sean requeridas por la DGPLADES para el cumplimiento del objeto del Programa, acordes a lo establecido en el contrato respectivo.
- El Coordinador Estatal del Programa será el responsable del resguardo y custodia de las UMM y de los equipos médicos y tecnológicos del Programa y de todos los bienes inherentes a la operación del Programa que hayan sido financiados con recursos de la SECRETARIA.

Jurisdicción Sanitaria

Los Servicios Estatales de Salud a través de las Jurisdicciones Sanitaria y conforme los instrumentos consensuales que se celebren, coadyugarán en la correcta aplicación de las acciones contempladas en el Programa y contribuirán en el marco de sus atribuciones a resolver los problemas de ejecución que se presentaran derivados de la operación del Programa en su área de influencia, como a continuación se indica.

El jefe de la jurisdicción designará al responsable del Programa a nivel jurisdiccional quien establecerá el enlace de la parte operativa con el coordinador estatal de caravanas para: la planeación y control de las unidades médicas móviles y equipos itinerantes de salud, para dar seguimiento a los procesos propios de la operación y para la transmisión de información resultado de la productividad reflejada:

En este orden de ideas, las principales responsabilidades del Jefe Jurisdiccional son:

- Llevar a cabo las acciones de coordinación municipal y colaboración comunitaria para la gestión de apoyos necesarios para la operación de los equipos de salud itinerantes y de las UMM de las Caravanas de la Salud.
- Apoyo para el uso eficiente y racional de los recursos humanos, materiales y financieros destinados a la ejecución de las acciones del Programa.
- Vigilancia del cumplimiento de la programación mensual de las rutas, así como de la productividad establecida para cada una de ellas.
- Monitorear y controlar las operaciones de las UMM del Programa en su área de influencia y responsabilidad.
- Brindar todo el apoyo logístico a la UMM del Programa.
- Fomentar la capacitación, evaluación y retroalimentación hacia los equipos itinerantes.
- Participación en la elaboración de los reportes conforme la normatividad establecida por la SECRETARIA en coordinación con el Coordinador Estatal del Programa y mantener una comunicación constante y permanente.
- Implementación de otros mecanismos o procedimientos de coordinación que surjan de manera fortuita o extraordinaria durante la operación.
- Vigilar la conformación y correcto funcionamiento de los comités locales de salud y del personal auxiliar de salud.
- Identificar y designar al personal de la Jurisdicción del Programa, quien establecerá el enlace de la parte operativa con el coordinador estatal de caravanas para la planeación y control de las UMM y equipos itinerantes de salud, y dará seguimiento a los procesos propios de la operación y para la entrega de información de la productividad registrada.

Comité Local de Salud

Es indispensable el establecimiento de mecanismos de incorporación y participación social directa de los beneficiarios del Programa, en la ejecución de acciones de contraloría social, a través del establecimiento de Comités Locales de Salud en todas y cada una de las localidades en las que los equipos de salud itinerantes de las UMM del Programa otorgan los servicios médicos y de prevención y promoción de la salud.

El comité estará constituido por un presidente, un secretario, un tesorero y una vocal y se designará en asamblea por la comunidad.

Los miembros de los comités de salud efectuarán el seguimiento in situ del Programa, lo cual permitirá generar reportes de resultados de la prestación de servicios, mismos que serán recolectados bimestralmente por los supervisores del Programa, y una vez organizados y registrados se darán de alta en el Sistema Informático de Contraloría Social (SICSO) que se establezca. Con dicha información el nivel jurisdiccional y el Coordinador Estatal del Programa podrán organizar, sistematizar, analizar, canalizar, atender y emitir los informes estatales de seguimiento y resultados que le solicite la DGPLADES.

La actuación de los Comités Locales de Salud permitirá efectuar el monitoreo y supervisión integral in situ que implica la observación permanente y continua de las acciones de los equipos de salud itinerantes de las UMM del Programa hacia los individuos y familias de las comunidades atendidas.

En síntesis, los Comités Locales de Salud son la instancia de concertación en la localidad para la gestión de apoyos logísticos de la operación del Programa, para coadyuvar en la planeación y programación de acciones de salud, así como en la elaboración y validación de la productividad de las acciones desarrolladas por los equipos de salud y con ello contribuir a la operación óptima de programa. Entre las principales labores del Comité Local de Salud se encuentran:

- Ejercer la función de contraloría social.
- Apoyar a los equipos de salud itinerantes en reunir a los individuos y familias de su comunidad para que acudan, en el horario programado, a recibir los servicios en las UMM del Programa.
- Propiciar espacios de comunicación (reuniones vecinales, atención directa a beneficiarios, entre otros).
- Apoyar al auxiliar de salud comunitario para el desarrollo de sus acciones en ausencia de los equipos de salud itinerantes de la UMM del Programa.
- Participar en la capacitación sobre la operación de la estrategia de contraloría social, en la fecha y sede que se acuerde con el personal de salud.
- Instrumentar los mecanismos de capacitación, atención y seguimiento de quejas y sugerencias de la comunidad con respecto a la prestación de servicios otorgados por los equipos de salud itinerantes de las UMM del Programa.

- Participar en el desarrollo de campañas de difusión de la estrategia utilizando los medios de comunicación local a su alcance.
- Participar en las reuniones de trabajo que sean convocados por los supervisores y Coordinadores Estatales de Caravanas de la Salud.
- El Comité Local de Salud propone al auxiliar de salud comunitario, conforme los criterios propios de dicho comité emitidos en la asamblea que se celebre para tal efecto.
- Entre las principales tareas del auxiliar de salud comunitario destacan:
- Promover los servicios del Programa y convocar a la población durante las visitas.
- Coadyuvar con las acciones de prevención, promoción y atención médica en coordinación con el equipo de salud.
- Participar en la referencia a los pacientes que requieran atención a las unidades de salud.
- Detección de riesgos, levantamiento de censos y registro de actividades.
- Atención a problemas básicos de salud en los periodos de ausencia de las UMM del Programa Caravanas.
- Participar en la capacitación que el equipo de salud le programe para su mejor desempeño.

Cabe mencionar que el Comité Local de Salud y el auxiliar de salud comunitario realizan las funciones de manera voluntaria y gratuita a favor de la salud de su comunidad.

5.11.- Prestación de servicios

Las Caravanas de la Salud articulan y respaldan los esfuerzos desarrollados por las instituciones prestadoras de servicios de salud para acercar los servicios de atención a la salud a la población objetivo de este Programa.

El concepto de acercabilidad implica el acceso a una atención integral y de mayor capacidad resolutive sobre los problemas básicos de salud sin necesidad de realizar grandes desplazamientos, trámites o filtros. Supone la combinación de estrategias de atención itinerante, especializada, a nivel comunitario, telemedicina y nuevas unidades médicas móviles de atención a la salud.

El Programa está diseñado para operar en dos modalidades de atención que son:

- Extensión de cobertura. Extender la cobertura con equipos itinerantes (caravanas de la salud) a poblaciones que actualmente no cuentan con acceso a la red de servicios. La UMM recorre una ruta definida bajo un calendario mensual de visitas y entrega una cartera de servicios. Para lograr la extensión de la cobertura, la UMM se apoya en casas de salud de medio camino como apoyo para pernoctar y reabastecerse de insumos.
- Ampliación funcional de la oferta de servicios. Consiste en UMM con servicios médicos y de odontología, auxiliares de laboratorio y gabinete, conectados a una red de telemedicina y fijación temporal a un centro de salud para ampliar la capacidad resolutive en las localidades que son visitadas por las UMM del Programa.

Para la prestación de servicios, el Programa contará con el siguiente equipo:

- Equipos de Salud Itinerantes. Son la unidad básica del Programa y su misión es garantizar la entrega de una cartera de servicios acordes al CAUSES. Está constituido por un médico, un odontólogo, una enfermera y un promotor de salud/polivalente y que apoyará a la UMM en sus diferentes tipos.
Los equipos de salud itinerantes de la Caravana se complementa a nivel comunitario con auxiliares de salud, promotores, comités de salud, agentes tradicionales de salud y otros personajes locales que le dan sustento y continuidad a las acciones durante los periodos de ausencia de la UMM.
- **TIPO 0.** Son UMM 4X4 que transportan personal de salud, equipo e instrumental médico, medicamentos e insumos para la atención de las localidades de una microrregión, que forman parte de la ruta de una UMM, en tanto las condiciones del camino o acceso geográfico no le permiten llegar a la o las localidades de la ruta.
Este tipo de UMM está conformado por un médico general, una enfermera y un promotor de la salud-polivalente.
- **TIPO I.** Es una UMM equipada con un consultorio de medicina general, con equipo estándar para atención primaria, química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía.
Este tipo de UMM está conformado por un médico general, enfermera y un promotor de la salud-polivalente.
- **TIPO II.** Es una UMM equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía.
Este tipo de UMM está conformado por un médico general, un odontólogo, enfermera y un promotor de la salud-polivalente.

- **TIPO III.** Es una UMM equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, equipada con enlace satelital para telemedicina, equipo de video-conferencia, ultrasonografía y electrocardiografía. Asimismo contiene un laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino.
- Casas de Salud de Medio Camino. En la ruta de las UMM, constituyen un apoyo para acercar recursos, almacenar insumos, medicamentos, expedientes clínicos y otros productos para el funcionamiento del Programa.

Las UMM del Programa tienen diferentes tipos de complejidad y capacidad resolutive con el fin de generar una mayor cobertura y ampliar la capacidad de respuesta de las unidades fijas existentes en la región.

Descripción Operativa de las UMM del Programa

Las UMM tipo 0, I, II del Programa, están asignadas a una ruta fija y permanente de atención o cobertura de 7 a 15 localidades subsede. La UMM en cada localidad subsede tiene que realizar una jornada laboral de 8 horas de trabajo con la población *in situ*. Adicionalmente, las UMM tienen el compromiso de visitar al menos dos veces a la localidad subsede durante el mes.

Es importante mencionar que cuando las UMM del Programa, por las dificultades del camino o condiciones del medio ambiente, no pueda acceder a las localidades, el equipo de salud itinerante, se apoyará en otros medios de transporte como: semovientes, mulas de carga u otros medios como lanchas, avionetas, entre otros, para transportar los insumos, medicamentos y personal de salud para acceder a las localidades del área de influencia.

Por ello, las UMM tipo 0, I, II no pueden ser utilizadas para otro fin distinto al Programa, ya que moverlas implica dejar a la población objetivo del programa sin servicios de salud.

Las unidades tipo III, como ya se explicó son unidades médicas más equipadas que no están asignadas a una ruta de manera fija y permanente. Por el contrario, las UMM tipo III se mueven por rutas previamente establecidas con la intención de cubrir todas las rutas en al menos una localidad subsede del programa que existen dentro de cada entidad federativa.

La idea de que la UMM tipo III no estén fijas a una ruta, es aprovechar su equipamiento, enlace satelital para telemedicina, equipo de video-conferencia, para ampliar la capacidad resolutive del programa y coadyuvar en todas las rutas del programa que existen en los Estados.

Es importante señalar que al no estar asignadas a una ruta fija las UMM tipo III sí podrán ser utilizadas por los Servicios Estatales de Salud con previa autorización de la DGPLADES para atender crisis, contingencias sanitarias, siniestros y desastres naturales, así como en la participación de dichas unidades en otras acciones en salud.

5.12.- Acciones previas a la operación de Nuevas Unidades del Programa

Las acciones que deberán de considerarse previamente a la instrumentación del Programa son:

1. Identificación de las rutas de cada unidad médica móvil nueva, consensuadas por los diversos actores de los servicios estatales de salud, diseñadas bajo los criterios de inclusión establecidos en las presentes Reglas de Operación.
2. Recepción y Acreditación de UMM.
3. Recepción y administración de recursos para el gasto de operación de las nuevas unidades móviles, en su fase de puesta en marcha.
4. Identificación, adecuación, conservación, mantenimiento y equipamiento de las casas de salud de medio camino.
5. Identificación de la población beneficiaria.
6. Contratación de recursos humanos de nuevas UMM, financiadas por el Gobierno Federal bajo los criterios establecidos y los perfiles determinados por cada uno de los puestos del Programa.
7. Capacitación técnica sobre el manejo de los equipos médicos instalados en las UMM.
8. Capacitación operativa al personal nuevo, en relación a las acciones del Programa.
9. Organización, desarrollo y réplica del curso de capacitación de Caravanas de la Salud.
10. Adquisición y dotación de insumos y medicamentos.
11. Organización e integración de los equipos de salud itinerantes por rutas de Caravanas de la Salud.

6.- Operación

Como se ha descrito, la operación del Programa se realizará bajo una combinación de modalidades de extensión de cobertura itinerante y ampliación funcional de la oferta de servicios de salud. Asimismo, y en congruencia con los objetivos específicos establecidos para el logro del objetivo general, será necesaria la operación de cuatro procesos globales⁹.

⁹ Estos componentes son congruentes con los establecidos en la Matriz de Indicadores del Programa.

6.1.- Procesos**6.1.1.- Equipamiento de UMM y capacitación de recursos humanos**

Con el equipamiento de las UMM y la capacitación del personal que operará la UMM favorecerá directamente la operación del Programa y con ello se coadyuvará al cumplimiento de las metas y al logro del objetivo general.

Este proceso es el eje fundamental del Programa, ya que el mismo garantiza la disponibilidad del medio para hacer llegar los otros componentes (servicios) a la población objetivo.

6.1.2.- Proceso de alineación y dignificación

La alineación al Programa de las UMM existentes, representa la manifestación de voluntad y aceptación de los Servicios Estatales de Salud de participar y sujetarse a la normatividad que establece la SECRETARIA para los diferentes componentes y procesos del Programa.

Este proceso implica la conjunción de recursos humanos: comunitarios e institucionales; recursos materiales: vehículos, equipamiento médico, telecomunicaciones, insumos y medicamentos, dirigidos a acercar la red de servicios de salud a la población objetivo del Programa.

Significa también la alineación de las acciones de fortalecimiento realizadas y en proceso, para consolidar redes; así como la dignificación de unidades móviles en sus condiciones físicas y motoras, contratación de personal de salud, reorganización de las rutas de los equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles conforme el establecimiento de la planeación de las nuevas, para la atención a personas y familias de las localidades sin acceso a servicios regulares de salud; el rediseño de la logística de suministros y el establecimiento estratégico de casas de salud equipadas como sedes de medio camino; y la adquisición de unidades médicas móviles con la tipología de acuerdo a las necesidades detectadas en los diagnósticos de salud de los 31 estados y el Distrito Federal.

6.1.3.- Contratación de los Recursos Humanos

La SECRETARIA financiará la plantilla operativa y gerencial del Programa a través de los subsidios transferidos a las entidades federativas.

En el caso de los Coordinadores Estatales del programa se realizará bajo un tabulador de sueldos propuesto y consensuado entre la SECRETARIA a través de la DGPLADES y los Servicios Estatales de Salud.

El objetivo de este tabulador consensuado para el Programa es que los salarios que percibirán los recursos humanos no se contrapongan a los salarios existentes para personal con plazas homogéneas a similares en los Servicios Estatales de Salud.

El contrato que se utilizará para formalizar las contrataciones de los Coordinadores y Supervisores Estatales del programa son parte integral de estas Reglas de Operación y el formato se presenta en el Anexo "2".

Para el personal operativo, la SECRETARIA establecerá los tabuladores salariales de aplicación nacional y los mecanismos de contratación.

6.1.4.- Mecanismo de Selección y Evaluación del Personal Gerencial del Programa

Los candidatos para ocupar el puesto de Coordinador Estatal y Supervisores del Programa serán propuestos en el mes de enero por los Secretarios de Salud Estatales a la DGPLADES. La DGPLADES realizará una evaluación de los candidatos a través de un organismo evaluador externo para validar su nombramiento o su recontractación según sea el caso, bajo criterios previamente establecidos y entregados por esta Dirección General a dicho organismo.

La DGPLADES notificará los resultados de la evaluación al Secretario de Salud del Estado para proceder a validar el nombramiento del candidato en caso de que el resultado de la evaluación haya sido favorable o bien en caso de que la evaluación haya sido negativa, solicitará la DGPLADES al Secretario de Salud del Estatal una nueva propuesta de candidato o candidatos a ocupar el cargo.

La contratación del personal gerencial operativo se realizará bajo los criterios establecidos y los perfiles determinados para cada uno de los puestos del Programa descritos en las presentes reglas de operación del programa.

6.1.5.- Características del personal**6.1.5.1.- Coordinador Estatal del Programa****6.1.5.1.1.- Perfil Profesional**

- Profesional Titulado, de preferencia en las áreas médico, administrativas (Medicina, Administración Pública, Administración de Empresas, Economía, entre otras).
- De preferencia con formación de posgrado o en proceso de titulación del posgrado en ciencias médicas, sociales o estadísticas.
- Experiencia gerencial mínima de 4 años, comprobable.
- Experiencia en trabajo comunitario y conocimiento de la red de servicios de salud de la entidad mínima de 2 años comprobable.

6.1.5.1.2.- Cualidades y habilidades

- Habilidades gerenciales.
- Manejo de grupos.
- Trabajo en equipo.
- Liderazgo.
- Comunicación.
- Manejo de estrés.
- Toma de decisiones.
- Sensibilidad intercultural.
- Capacidad de negociación.
- Conocimientos de la normatividad federal y estatal aplicable al puesto.
- Capacidad para la gestión de recursos (financieros, humanos y materiales).
- Conocimiento de la gestión de redes de servicios de salud.
- Disponibilidad de tiempo completo.
- Disponibilidad de viajar.

6.1.5.1.3.- Funciones y Responsabilidades

- Efectuar la planeación, programación, presupuestación y seguimiento del Programa con base en los lineamientos normativos establecidos en estas Reglas de Operación y los determinados por la DGPLADES.
- Establecer de manera coordinada las rutas de las unidades médicas móviles del Programa Caravanas de la Salud, siguiendo los criterios establecidos en estas Reglas de Operación.
- Elaborar de manera anual el Programa de Trabajo del Programa Caravanas de la Salud.
- Promover y coordinar la organización, control y supervisión del Programa, en el ámbito estatal y jurisdiccional con base en la normatividad establecida por la DGPLADES y los programas federales.
- Coordinar, dirigir y apoyar la operación y aplicación del marco normativo del Programa en los niveles jurisdiccional y operativo.
- Apoyar en la atención de las observaciones y recomendaciones normativas emitidas a las jurisdicciones sanitarias y al personal operativo de las Unidades Médicas Móviles del Programa Caravanas de la Salud.
- Realizar visitas de asesoría, supervisión, seguimiento y control de nivel operativo.
- Coordinar y fomentar la capacitación y actualización del personal de salud, incluyendo el personal comunitario.
- Organizar y conducir las réplicas, conjuntamente con el jefe estatal de enseñanza, de los cursos y actualizaciones inmersos en el Programa de Capacitación para el personal operativo y gerencial.
- Coordinar las actividades de competencia estatal y jurisdiccional.
- Promover la actualización y validación de la micro-regionalización ante autoridades estatales y nacionales.
- Proponer al REPSS las rutas definidas para las UMM para su validación, para efectos de su posterior compensación económica en términos del artículo 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- Negociar la meta de afiliación de las familias objetivo del programa para su incorporación al SPSS con los REPSS.
- Participar en el proceso de afiliación conforme la meta de afiliación de familias para el programa establecidas en el anexo 2 del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud con el Estado y verificar su cumplimiento.
- Participar en la elaboración de los convenios de gestión para la prestación de servicios de salud del Programa a las familias afiliadas al SPSS que celebren los Servicios Estatales de Salud y los REPSS para asegurar el financiamiento del programa a través de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud, conforme lo establecido en el anexo IV Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del SPSS con las entidades federativas.
- Participar en el seguimiento a las acciones establecidas en los acuerdos de gestión para la prestación de servicios de salud del Programa a las familias afiliadas al SPSS que se suscriban.
- Informar al REPSS sobre las acciones realizadas con base en los compromisos asumidos en los acuerdos de gestión para la prestación de servicios de salud de las Caravanas de la Salud a las familias afiliadas al SPSS que se suscriban.
- Dar seguimiento a las acciones establecidas en los acuerdos de gestión para la prestación de servicios de salud de las Caravanas de la Salud a las familias afiliadas al SPSS.
- Participar en el seguimiento al ejercicio de los recursos asignados para la operación del programa.

- Participar en la vinculación de otros programas que coinciden con el cumplimiento del objetivo del Programa.
- Conducir las acciones de Conservación y Mantenimiento de las UMM del programa y vigilar que se lleven a cabo puntualmente.
- Vigilar que el recurso humano del Programa realice las funciones para las cuales fueron contratados.
- Colaborar de manera directa en las acciones de acreditación de unidades médicas móviles del Programa.
- Vigilar el estado físico de las UMM y su equipamiento.
- Ejecutar las acciones necesarias para asegurar el abasto completo de medicamentos e insumos asociados a la Cartera de Servicios de las UMM del Programa.
- Cumplir en tiempo y forma con los requerimientos de información solicitados por la DGPLADES.
- Todas aquellas que sean requeridas por la DGPLADES para el cumplimiento del objeto del Programa.

El Coordinador Estatal del programa será el responsable del resguardo y custodia de las UMM y de los equipos médicos y tecnológicos del programa y de todos los bienes inherentes a la operación del programa que hayan sido financiados con recursos de la SECRETARIA.

6.1.5.2.- Supervisor Estatal del Programa.

6.1.5.2.1.- Perfil Profesional

- Profesional de la salud, titulado
- De preferencia con formación de posgrado o en proceso de titulación del posgrado en ciencias médicas, sociales o estadísticas.
- Experiencia en trabajo comunitario y conocimiento de la red de servicios de salud de la entidad mínima de 4 años comprobable.

6.1.5.2.2.- Cualidades y habilidades

- Manejo de grupos.
- Trabajo en equipo.
- Liderazgo.
- Comunicación.
- Manejo de estrés.
- Toma de decisiones.
- Sensibilidad intercultural.
- Capacidad de negociación.
- Conocimientos de la normatividad federal y estatal aplicable al puesto.
- Capacidad para la gestión de recursos (financieros, humanos y materiales).
- Conocimiento de la gestión de redes de servicios de salud.
- Disponibilidad de tiempo completo.
- Disponibilidad de viajar.

6.1.5.2.3.- Funciones y responsabilidades

- Participar en la planeación, programación, y seguimiento del Programa con base en los lineamientos normativos establecidos en estas Reglas de Operación y los determinados por la DGPLADES
- Participar en la programación operativa de las rutas establecidas de las unidades médicas móviles y verificar su cumplimiento.
- Verificar que las rutas de las unidades médicas móviles del Programa se lleven a cabo bajo su programación
- Supervisar que las unidades médicas móviles tengan de manera oportuna los medicamentos y otros insumos necesarios para su operación.
- Vigilar que el personal operativo del Programa cumpla con las funciones que tienen encomendadas y tengan los elementos necesarios para realizar sus funciones.
- Apoyar en la atención de las observaciones y recomendaciones normativas emitidas a las jurisdicciones sanitarias y al personal operativo de las UMM del Programa.
- Realizar visitas de asesoría, supervisión, seguimiento y control de nivel operativo en las rutas de las UMM del Programa.
- Participar en los procesos de capacitación del personal operativo y gerencial del Programa, incluyendo el personal comunitario
- Participar en la constitución de los Comités Locales de Salud en las localidades objetivo del Programa.
- Participar en el cumplimiento del Programa de Contraloría Social y vigilar su cumplimiento.

- Participar en el proceso de afiliación conforme la meta de afiliación de familias para el programa establecidas en el anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del SPSS las entidades federativas y verificar su cumplimiento.
- Participar en la elaboración de los acuerdos de gestión para la prestación de servicios de salud de las Caravanas de la Salud a las familias afiliadas al SPSS que celebren los Servicios Estatales de Salud y los REPSS para asegurar el financiamiento del programa a través de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud, conforme lo establecido en el anexo IV Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud con las entidades federativas.
- Dar seguimiento a las acciones establecidas en los acuerdos de gestión para la prestación de servicios de salud de las Caravanas de la Salud a las familias afiliadas al SPSS.
- Informar al Coordinador Estatal del Programa sobre el seguimiento a las acciones establecidas en los acuerdos de gestión para la prestación de servicios de salud de las Caravanas de la Salud a las familias afiliadas al SPSS.
- Participar en la elaboración del programa de ejecución de los recursos transferidos al Programa, de otras fuentes de financiamiento.
- Participar en la vinculación de otros programas que coinciden con el cumplimiento del objetivo del Programa.
- Vigilar que se lleve a cabo puntualmente las acciones de conservación y mantenimiento de las UMM del Programa.
- Coordinar las acciones de vinculación con los titulares de las áreas de los Servicios Estatales de Salud para asegurar la operación efectiva del Programa.
- Colaborar de manera directa en las acciones de acreditación de las UMM del Programa.
- Vigilar el estado físico de las UMM y su equipamiento.
- Establecer las acciones necesarias para asegurar el abasto completo de medicamentos e insumos asociados a la Cartera de Servicios de las UMM del Programa.
- Cumplir en tiempo y forma con los requerimientos de información solicitados por el Coordinador Estatal del Programa.
- Todas aquellas que sean requeridas por el Coordinador Estatal del Programa y la DGPLADES para el cumplimiento del objeto del Programa.

Tabla 1
Perfil y funciones del personal operativo a contratar para nuevas UMM

Puesto	Principales características	Funciones Del Personal Operativo de la UMM
a) Profesionales de la salud		
En la unidad - Médico - Enfermera - Odontólogo	<ul style="list-style-type: none"> • Titulados • Disponibilidad para trasladarse y para trabajar tiempo completo • Conocimiento de la región y de la red de servicios • Trabajo de tiempo completo y disponibilidad de traslado 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas aquellas vinculadas a la prestación de servicios conforme su perfil profesional. • Proponer la programación mensual de visitas en la ruta. • Participar en la capacitación técnica y normativa • Participar, coordinar y proporcionar los servicios de salud de acuerdo a la cartera definida, según las condiciones propias de la región • Elaborar reportes e informes sobre productividad • Requisar los expedientes de las personas atendidas • Apoyar en la realización de procesos indirectos del Programa.
b) Técnicos de la salud		
En la unidad Técnicos - Promotor de salud-chofer (soporte administrativo)	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación de preferencia a nivel de licenciatura o técnico en educación media superior en salud (como mínimo preparatoria indispensable) 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitar las localidades de acuerdo a la programación mensual autorizada • Promover la organización y participación comunitaria • Brindar información a la comunidad

	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia en el trabajo comunitario • Trabajo de tiempo completo y disponibilidad de traslado • Conocimiento de la región y de la red de servicios • Con licencia de manejo vigente 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar campañas de salud a nivel comunitario • Realizar levantamientos de censos nominales • Coadyuvar en las acciones de prevención y promoción de la salud. • Participar en la referencia a los pacientes que requieren atención a las unidades de salud (fijas o móviles). • Detección de riesgos epidemiológicos.
--	--	--

6.1.6.- Capacitación

La capacitación estará sustentada en el perfil y nivel de competencia del personal de salud participante en el Programa, del número y tipo de intervenciones en que participará contemplando el fortalecimiento de conocimiento y actitudes para una atención a la salud efectiva y segura, con una visión interpersonal e intercultural acorde a la idiosincrasia de la población beneficiaria del programa.

Por ello, el Programa anual de capacitación estará planeado a nivel central por la con base en las prioridades de salud, panorama epidemiológico y necesidades o temas de capacitación del personal operativo de las UMM del programa.

Una vez identificadas las necesidades se procederá al establecimiento de los cursos o contenidos temáticos del programa, considerando los perfiles del puesto del personal a capacitar, las diferentes disciplinas y acorde a las necesidades y características del ámbito de operación del Programa.

El programa anual de capacitación se calendarizará tomando en cuenta la disponibilidad presupuestal y el fin último de dicho programa es impulsar la capacitación de todo el personal directivo y operativo que participa activamente en el Programa, para poder otorgar la oferta de servicios de salud con pertinencia, oportunidad, de manera integral y con calidad a la población beneficiaria del Programa.

Esta capacitación será complementada con Boletines de Práctica Medica Efectiva¹⁰ (BPME), y la utilización del Manual de promoción y prevención de la salud durante la línea de vida, en las actividades seleccionadas de la cartera de servicio.

La organización y conducción de las réplicas de los cursos de capacitación de Caravanas de la Salud será responsabilidad del Coordinador Estatal del Programa, del jefe estatal de enseñanza y de los representantes de cada entidad federativa que acudió en el 2007 al Curso de Formación de Capacitadores de Caravanas de la Salud, impartido en el marco del Núcleo de Liderazgo en Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública y la DGPLADES, así como de las capacitaciones realizadas en el 2008.

La DGPLADES definirá y conducirá la capacitación y asesoría al personal directivo de las Coordinaciones Estatales del Programa, Supervisores, personal de salud, médicos, odontólogos, enfermeras y promotores de salud de las UMM del programa, a los integrantes de los Comités Locales de Salud y a los Auxiliares de salud comunitarios, para que desarrollen las actividades de contraloría social entre otros temas.

Cabe mencionar, que en las diversas acciones de capacitación deberán participar todo el personal de salud de las unidades médicas móviles, sea cual fuere su fuente de financiamiento (alineadas y las adquiridas con recursos federales).

6.2.- Entrega de acciones de promoción y prevención de la salud y de participación comunitaria

Este componente se relaciona de forma directa con la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud que la Secretaría de Salud ha establecido para la presente Administración Federal. Se considera que la puesta en marcha de este componente contribuirá a disminuir el impacto de las enfermedades y las lesiones en individuos, familias y comunidades mediante intervenciones específicas dirigidas a las personas que se combinará con intervenciones dirigidas a la construcción de entornos favorables a la salud.

6.2.1.- Procesos de promoción y prevención

Las actividades del componente de prevención y promoción de la salud se realizarán con base en algoritmos establecidos por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud. Para ello, se tiene presente que los servicios de salud de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud han sido consensuados con las instituciones del sector salud y conforman un paquete garantizado de servicios de promoción y prevención dirigido a las personas y a las familias, con el fin de lograr una mejor salud, mediante la integración de las mejores prácticas para evitar o retardar la aparición de las enfermedades que amenazan hoy en día a la población de nuestro país.

¹⁰ Estos boletines son publicados por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y están disponibles en: [www.insp.mx/Portal/Centros/cenids/boletin PME.html](http://www.insp.mx/Portal/Centros/cenids/boletin_PME.html); consultada el 23 de noviembre de 2007

Las acciones de promoción y prevención para una mejor salud se entregarán en los ámbitos comunitario, familiar e individual mediante conjuntos de intervenciones por grupo de edad y procesos afines.

Para otorgar los servicios, se hizo necesario modificar el actual modelo de atención (desarticulado) para enfocarse en uno de intervenciones integrales dirigidas a cinco grupos poblacionales, los cuales son:

- Niños de 0 a 9 años
- Adolescentes (hombres y mujeres) de 10 a 19 años
- Mujeres de 20 a 59 años
- Hombres de 20 a 59 años
- Adultos Mayores (hombres y mujeres) de 60 años y más

Cada intervención está articulada por cinco procesos que garantizan la integridad en las acciones:

- Promoción de la salud
- Nutrición
- Prevención y control de enfermedades
- Detección de enfermedades
- Salud reproductiva

A continuación (Figura 2) se resumen los servicios según grupo de población y proceso.

Figura 2
Programa Caravanas de la Salud
Servicios según grupo de población y proceso

Descripción de los Servicios	Niñas y niños de 0 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 y más años
Promoción de la salud					
• Incorporación al Programa de Salud	X	X	X	X	X
• Capacitación al padre y a la madre	X				
• Cuidados del recién nacido, del niño y lactancia materna	X				
• Signos y síntomas de alarma (EDA's e IRA's)	X				
• Crecimiento y desarrollo	X				
• Higiene personal y bucal	X	X			
• Accidentes	X	X	X	X	
• Actividad física	X	X	X	X	X
• Adicciones (tabaco, alcohol y drogas)	X	X	X	X	X
• Entorno favorable a la salud (vivienda, escuelas y patio limpio)	X	X	X	X	X
• Dueños responsables con animales de compañía	X	X	X	X	X
• Incorporación a grupos de ayuda mutua	X	X	X	X	X
• Violencia familiar	X	X	X	X	X
• Salud bucal		X	X	X	X
• Educación para el (auto) cuidado de la salud		X	X	X	X
• Salud sexual		X	X	X	X
• Salud Mental (desarrollo emocional y proyecto de vida)		X			
• Trastornos de la alimentación, violencia y adicciones		X	X	X	
• Accidentes, CaCU, CaMa, DM, HTA, salud mental, VIH/SIDA, ITS y TB, (enfermedad prostática, dislipidemias)			X	X	X

Descripción de los Servicios	Niñas y niños de 0 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 y más años
• Cultura para la donación de órganos			X	X	
• Diabetes mellitas		X	X	X	X
• Hipertensión arterial			X	X	X
• Sobrepeso/obesidad	X	X	X	X	X
• Dislipidemias			X	X	X
• Accidentes con énfasis en caídas					X
• Higiene postural					X
• Envejecimiento saludable					X
Nutrición					
• Orientación alimentaria	X	X	X	X	X
• Evaluación y vigilancia del estado nutricional	X	X	X	X	X
• Suplementos y complementos • Nutricionales	X				
• Desparasitación intestinal	X	X			
• Complementos nutricionales a embarazadas		X	X		
Prevención y control de enfermedades					
• Esquema de vacunación	X	X	X	X	X
• Atención preventiva al recién nacido	X				
• Acciones de prevención para EDA's e IRA's	X				
• Enfermedades bucales	X	X	X	X	X
• Quimioprofilaxis para TBP	X	X			
• Prevención de VIH-SIDA e ITS		X	X	X	X
• Sobrepeso y obesidad	X	X	X	X	X
• Tuberculosis pulmonar			X	X	X
• Cáncer cérvico uterino y de mama					X
• Diabetes mellitas			X	X	X
• Hipertensión arterial					X
• Obesidad		X	X	X	X
• Dislipidemias					X
Detección de enfermedades					
• Tamiz Neonatal (hipotiroidismo congénito, hiperplasia adrenal congénita, fenilcetonuria)	X				
• Evaluación clínica completa	X	X			
• Defectos visuales	X	X			
• VIH/SIDA e ITS (consentimiento informado)		X	X	X	X
• Tuberculosis pulmonar		X	X	X	X
• Cáncer cérvico uterino y mama			X		X
• Enfermedades bucales			X	X	X
• Diabetes mellitas			X	X	X
• Hipertensión arterial			X	X	X
• Obesidad			X	X	X
• Dislipidemias			X	X	X

Descripción de los Servicios	Niñas y niños de 0 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 y más años
Salud reproductiva					
• Orientación / consejería, (Salud sexual y reproductiva)		X	X	X	X
• Otorgamiento de métodos • Anticonceptivos (Planificación Familiar)		X	X	X	X
• Anticoncepción postcoito		X			
• Manejo de la embarazada de alto • Riesgo		X			
• Vigilancia prenatal y puerperal (embarazo y puerperio)		X	X		
• Climaterio y menopausia			X		X

6.2.2.- Servicios de Atención Médica

A través de este Componente, la población beneficiaria recibirá una cartera de servicios que garantiza una atención integral, definida como el conjunto de acciones de atención médica y de salud pública dirigidas al individuo y las familias para promover, conservar o restablecer la salud, basadas en el enfoque de riesgo y otorgadas mediante un trato digno, cordial y humano de persona a persona.

6.2.3.- Servicios Médicos para la Población

En el marco del SPSS, el Programa alinea la atención médica que proporcionará a la población objetivo, al CAUSES. Comprende un paquete básico de servicios similar al que otorgan las unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud. Incluye 74 intervenciones en atención médica ambulatoria; las 20 intervenciones preventivas (vacunación) que contempla el CAUSES se han incluido en las atenciones de prevención y promoción ya referidas.

Las principales ventajas de la Atención con una Cartera de Servicios son:

- Responden a las necesidades básicas de salud de la población
- Agrupan actividades que inciden en un mismo grupo etáreo
- Facilita la operatividad de la Atención Integral
- Cumple con la Atención Ambulatoria de la Salud
- Considera factores del medio ambiente que inciden en la salud
- Permite eficiencia de las intervenciones
- Aplica criterios de Focalización de acciones
- Favorece la toma de decisiones a nivel local y el empoderamiento de la comunidad
- Favorece la equidad
- Los usuarios reciben un conjunto de acciones por compartir riesgos del grupo etáreo, además de la atención médica del motivo de demanda

Las intervenciones de atención médica incluidas se relacionan a continuación:

Consulta de Medicina General/Familiar y de Especialidad

1. Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropriva
2. Diagnóstico y tratamiento de rubéola
3. Diagnóstico y tratamiento de sarampión
4. Diagnóstico y tratamiento de varicela
5. Diagnóstico y tratamiento de faringitis aguda
6. Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda (resfriado común)
7. Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis
8. Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica
9. Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico
10. Diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda
11. Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea
12. Diagnóstico y tratamiento del herpes zoster
13. Diagnóstico y tratamiento de candidiasis
14. Diagnóstico y tratamiento de gonorrea
15. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por clamidia (incluye tracoma)
16. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por trichomona

17. Diagnóstico y tratamiento de sífilis
18. Diagnóstico y tratamiento de cistitis
19. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda
20. Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda
21. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amebiasis intestinal
22. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de anquilostomiasis y necatoriasis
23. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis
24. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis
25. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de estrongiloidiasis
26. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de filariasis
27. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis
28. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis
29. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis
30. Diagnóstico y tratamiento de escabiasis
31. Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis
32. Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales
33. Diagnóstico y tratamiento de celulitis infecciosa
34. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto
35. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto por irritantes
36. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal
37. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis exfoliativa
38. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica
39. Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda
40. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable
41. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus II
42. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de hipertensión arterial
43. Diagnóstico y tratamiento de osteoartritis
44. Diagnóstico y tratamiento de lumbalgia
45. Métodos temporales de planificación familiar: anticonceptivos hormonales (AH)
46. Métodos temporales de planificación familiar: preservativos
47. Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino
48. Atención prenatal en embarazo

Consulta de Especialidad

49. Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea
50. Atención del climaterio y menopausia
51. Diagnóstico y tratamiento de uretritis y síndrome uretral
52. Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes
53. Diagnóstico y tratamiento de laringitis y traqueitis agudas
54. Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa
55. Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda
56. Diagnóstico y tratamiento del asma en adultos
57. Diagnóstico y tratamiento del asma en niños
58. Diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis (TAES)
59. Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo
60. Diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica
61. Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito y en adultos
62. Diagnóstico y tratamiento de gota
63. Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide
64. Diagnóstico y tratamiento de depresión
65. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsias

Odontología

66. Prevención de caries (curetaje, odontoxesis y aplicación tópica de flúor)
67. Sellado de fosetas y fisuras dentales
68. Obturación de caries con amalgama o resina
69. Eliminación de focos de infección, abscesos y restos radiculares
70. Extracción de piezas dentarias (no incluye tercer molar)
71. Diagnóstico y tratamiento de pulpitis y necrosis pulpar

Hospitalización

72. Atención del puerperio normal

73. Atención del recién nacido normal

74. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica (edema pulmonar)

La atención médica se apoyará en las guías de práctica clínica desarrolladas para tal efecto.

6.2.4.- Referencia y contrarreferencia de pacientes

Los procesos de referencia y contrarreferencia del paciente, garantizan la continuidad asistencial lo que implica que los diferentes profesionales, en centros de trabajo distintos y en momentos diversos establecen una visión compartida del trabajo asistencial con un objetivo común: el paciente. A fin de conseguir una atención permanente integral donde la atención este ordenada por niveles de complejidad, orientada al paciente/usuario en el nivel asistencial requerido por su estado de salud y más cercano posible, se deberán de cumplir las siguientes actividades:

- Hacer uso adecuado y racional de los recursos disponibles, asegurando la continuidad de los procesos asistenciales.
- Hacer una relación fluida entre niveles con definición de la cartera de servicios con una distribución adecuada de las tareas asistenciales para cada nivel, siendo protocolizados los procesos asistenciales y no asistenciales.
- Establecer mecanismos de comunicación ágiles, tanto a nivel interno como externo, con difusión amplia del alcance y la utilidad de la sistemática de referencia y contrarreferencia, entre la población beneficiaria.
- Asegurar que todos los miembros de la organización especialmente los profesionales asistenciales que informen al usuario sobre la red y la cartera de servicios.
- Garantizar la retroalimentación de la comunicación promovida.

En resumen, ubicar al paciente en el lugar más costo-efectivo de la red de servicios de salud.

Los Servicios Estatales de Salud y/o las jurisdicciones sanitarias deberán garantizar un adecuado y eficaz sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre las UMM del Programa, de primer nivel de atención y de segundo nivel a efecto de lograr la atención de los pacientes de acuerdo a su nivel de complejidad.

El sistema deberá contemplar la facilidad de traslados de pacientes de una microrregión determinada, en la que se ubica una Caravana de la Salud hacia una unidad de mayor complejidad y capacidad resolutive, dependiendo del padecimiento que afecte al paciente, ya sea a un centro de salud con servicios ampliados, un centro de salud con hospitalización o un hospital básico comunitario o a un hospital general o a un hospital de alta especialidad. Estas redes de servicios deberán estar constituidas en cada jurisdicción sanitaria.

6.3.- Afiliación de la población objetivo al SPSS

La puesta en marcha de las unidades médicas móviles del Programa en una microrregión determinada a través de su ruta, contribuirá a lograr que la población beneficiaria pueda ser afiliada al SPSS. Este acto de afiliación coadyuvará a lograr la sustentabilidad de los servicios y la atención médica de calidad, ya que permitirá que familias que no cuenten con recursos económicos puedan recibir de forma permanente dichos servicios de salud.

6.3.1.- Proceso de acreditación

En el marco del SPSS, el Programa ha desarrollado un sistema de acreditación que garantice que cada UMM del Programa ofrezca la Cartera de Servicios en un contexto de capacidad resolutive, calidad y seguridad a favor de la población atendida. Para ello, se acreditarán UMM tipo I, II y III tanto a nivel estructural como de procesos.

Se utilizará una Cédula de Acreditación¹¹, con una sección común a todas las unidades, y con secciones intercambiables según etapa y tipo de unidad.

El proceso de acreditación será con base en dos tipos de criterios:

- Criterios mayores: pre-requisitos, en relación a la existencia de un Comité de Salud, del equipo de salud y de la presencia de un auxiliar comunitario.
- Los criterios menores: auditados durante el proceso, serán en función de elementos de las acciones ofertadas según la cartera de servicios.

En el caso de las unidades médicas móviles, el proceso de acreditación auditará la capacidad en estructura, en equipamiento, en insumos y en personal.

El veredicto de la acreditación será: "Acreditada" o "No acreditada", y tendrá una vigencia de 5 años.

¹¹ La cédula de autoevaluación se puede verificar en la página de Internet de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), con dirección: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/indexi.html>,

De forma específica y con base en los requerimientos establecidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE), se han establecido dos niveles de control, los cuales se describen a continuación:

- **Acreditación de UMM**

Toda unidad médica móvil para la prestación de servicios a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, conforme a la Cartera de Servicios definida, deberá de cumplir con los requisitos de acreditación que marca el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, para estar en condiciones de ofertar los servicios respectivos.

Las unidades médicas móviles serán auditadas conforme a las cédulas correspondientes a cada tipo.

Cabe señalar que en relación a las unidades médicas móviles tipo 0 serán acreditadas como complemento a la prestación de servicios de un establecimiento de atención médica ambulatoria que esté previamente acreditado. Las características y mecanismos para la acreditación de las unidades médicas móviles tipo 0 serán dictadas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

6.3.2.- Proceso de afiliación

El Programa apoya la afiliación de su población beneficiaria al SPSS; al respecto se tiene presente que la facultad de promover e incorporar beneficiarios al Sistema corresponde a los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS)¹².

Por lo anterior, las unidades médicas móviles apoyarán en las actividades relativas a la promoción y afiliación al SPSS siempre y cuando, dichas actividades se realicen de manera coordinada con los REPSS. Las actividades a desarrollar, de manera genérica, son:

- La promoción de los beneficios, derechos y obligaciones que conlleva la afiliación al Sistema
- La integración de los expedientes familiares para su incorporación al SPSS y al Seguro Médico para una Nueva Generación
- El llenado de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CESASOEH)
- La entrega de las Pólizas de Afiliación y Cartas de Derechos y Obligaciones de los beneficiarios.

Asimismo, se gestionará que a los residentes de todas las localidades subseces y satélites atendidas por el Programa sean susceptibles a afiliarse al SPSS y se les asigne como unidad de salud de primer contacto a la UMM del Programa. Esta acción se reflejará en la Póliza de Afiliación del SPSS; para ello, lo único que se requiere es que el directorio de las UMM del Programa, con su correspondiente clave (CLUES), se ingrese al Sistema de Administración del Padrón (SAP) y se establezcan la(s) unidad(es) de referencia y contrarreferencia de pacientes de la Red de Prestadores de Servicios del Sistema.

Debe considerarse que la afiliación al SPSS es voluntaria, por lo que, en su caso, también se proporcionarán los beneficios del Programa a los no afiliados al Sistema.

De igual forma, se establece que no es necesario integrar un padrón de beneficiarios específico para el Programa. Para aquellas familias afiliadas al SPSS es suficiente con su acreditación para acceder a los servicios que brinden las Caravanas sin tener que realizar ningún gasto de bolsillo por concepto de pago de cuota de recuperación. El REPSS cubrirá dicho gasto bajo los esquemas estatales que se convengan en la normativa correspondiente, para lo cual se establecerán los esquemas de financiamiento, como con cualquier otro prestador de servicios, entre el REPSS y el Programa, a través del otorgamiento de una CAPITA por los servicios ofertados por las UMM del Programa, conforme su capacidad resolutoria.

Las UMM del Programa, para efectos del SPSS, son consideradas como otro prestador de la Red de Servicios del Sistema, y por lo tanto están sujetos a los estándares de acreditación ya establecidos¹³; lo anterior en beneficio de la población que no tiene acceso a servicios médicos por la falta de infraestructura.

Asimismo, la CNPSS, promoverá de manera prioritaria la afiliación de las familias que habitan en las localidades atendidas por el Programa, para lo cual los REPSS deberán incluirlas en la meta anual de afiliación de la entidad federativa y deberán estar descritas en el Anexo 2 de los Acuerdos de Ejecución respectivos.

Es preciso señalar que el SPSS no otorga apoyos o subsidios directos a los beneficiarios; la CNPSS transfiere recursos por concepto de cuota social y aportación solidaria federal en función al número de familias afiliadas al Sistema en cada entidad federativa.

Para el caso de familias que por su decisión propia e informada no elijan incorporarse al SPSS que habitan en las localidades objetivo del Programa, Caravanas de la Salud les proporcionará hasta 74 intervenciones del CAUSES de manera gratuita.

¹² Con base en lo que se establece en los artículos 77 Bis 5, inciso B, fracción II de la Ley General de Salud, 3o. del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección social en Salud (Reglamento) y numeral 1, Capítulo II, 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 (Lineamientos) publicados en el DOF el 15 de abril de 2005, y adiciones el 24 de octubre del 2005.

¹³ Con base en lo referido en la Segunda Sección del Capítulo II del Reglamento de Protección Social en Salud.

6.4.- Comunicación educativa

El Programa surge para acercar y hacer accesibles los servicios de atención a la salud a comunidades que por su ubicación geográfica tiene dificultades para llegar a las unidades de salud más cercanas, por lo que es necesario realizar un plan de comunicación y posicionamiento para dar a conocer a los habitantes de estas localidades este programa así como fomentar su participación corresponsable en esta prestación de servicios.

El éxito de la implantación del Programa depende en gran medida de la participación activa de los habitantes y de la comunidad en general así como del empoderamiento que tengan del programa y estará sujeta a la claridad que tengan de: ¿Qué es?, ¿Cómo funciona? y ¿Cuáles son los beneficios que pueden obtener de este Programa?.

Al llevar a cabo una campaña de comunicación educativa se "...promueve la participación social y comunitaria para el desarrollo de una cultura de prevención y atención oportuna de enfermedades..." que es uno de los objetivos específicos de este programa, entre otras muchas ventajas.

Es involucrar a los habitantes de la comunidad para que conozcan el Programa, tengan una participación corresponsable y que identifiquen las Caravanas de la Salud como una oportunidad de prevención y atención a las enfermedades, dentro de su comunidad.

La campaña de Caravanas de la Salud para el 2009, estará regulada por las disposiciones normativas y materiales de comunicación que se definen entre la DGPLADES en coordinación con la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud.

Los Servicios Estatales de Salud tendrán la responsabilidad de replicar la campaña de comunicación educativa de Caravanas de la Salud que se determine, difundiendo los materiales impresos, de radio y televisión que se autoricen, utilizando los medios de comunicación a su alcance.

Asimismo, deberán de participar en el monitoreo de la campaña en los medios de comunicación disponibles en sus entidades federativas.

6.5.- Información

Al ser definidas las Caravanas de la Salud, como Unidades Médicas Móviles de la Red de Servicios de Salud estatal, los mecanismos que se utilizarán para la generación de datos será el normado por el Sistema de Información en Salud (SIS, Secretaría de Salud); en particular, se relacionará con los subsistemas de Prestación de Servicios y el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS), el PROVAC y el Sistema de Información de Cáncer en la Mujer del Programa de Prevención y Control de Cáncer de Mama (SICAM).

La DGPLADES es el área responsable de la integración, validación, mantenimiento, uso, operación y difusión de la información contenida en las bases de datos que se generen, derivadas de la recopilación a nivel nacional de la operación del Programa.

Con base en la información que se genere a través del SIS, el programa integrará un conjunto de indicadores de cobertura, recursos, productividad y seguimiento de pacientes.

Además, para fortalecer el sistema de información de la Secretaría, la DGPLADES generará diversos indicadores que permitan evaluar la operación del programa en sus distintos ámbitos o procesos, tales como: Implantación, operación, prestación de servicios e impacto en salud.

La información que se obtenga del proceso de implantación estará relacionada con los alcances o beneficios que está generando el programa. En el proceso de operación la información que se obtendrá estará directamente relacionada con las acciones operativas que ayuden a garantizar una operación oportuna y eficiente del programa.

La información que se obtendrá en el apartado de prestación de servicios, se centra en la evaluación de los servicios prestados por las diferentes UMM de las Caravanas de la Salud. Finalmente los indicadores de impacto en salud servirán para medir el impacto de las acciones en la salud de la población objetivo del programa.

Asimismo, se contará con apoyos externos para medir el impacto a través de la puesta en marcha de encuestas, evaluaciones y supervisiones del programa.

6.5.1.- Tecnologías de la Información

En el 2009 la Secretaría de Salud a través de las direcciones generales de Tecnologías de la Información y de Planeación y Desarrollo en Salud, en coordinación con la de Información en Salud, llevarán a cabo acciones para implantar un sistema automatizado de información del Programa. Para ello, se atenderán los dos grandes procesos que a continuación se describen:

1. Conectividad a Internet

- ♦ Las unidades móviles Tipo III deberán contar con la capacidad de establecer un enlace con Internet. El enlace se realizará mediante banda ancha o telefonía satelital. En caso de fallas, la unidad establecerá el enlace mediante el apoyo de establecimientos comerciales o institucionales que brinden servicios de Internet.

- ♦ La tecnología de conectividad a Internet incorporada en cada unidad móvil Tipo III, contempla un esquema de conectividad idóneo en términos de costo, cobertura y calidad para el servicio de cada unidad. Lo anterior tiene por objetivo que la unidad disponga de un enlace con Internet y consecuentemente al portafolio de aplicaciones de informática desarrollada ex profeso para el Programa.
2. Uso del expediente clínico electrónico y su sincronización a las bases de datos estatal y federal
- ♦ Los datos generados por las actividades de gestión médica de cada unidad móvil se almacenarán en forma electrónica a través del sistema estandarizado de Expediente Clínico Electrónico y cada unidad sincronizará dichos datos para alimentar la bases de datos del expediente clínico.
 - ♦ El expediente clínico electrónico tendrá una versión de pantallas de captura y reportes desarrollada ex profeso para el Programa. Es el eje subyacente para el acceso a la red de servicios hospitalarios del Sector Salud, así como para la conformación de un repositorio de datos de donde se obtendrán los indicadores definidos para medir el comportamiento del Programa.
 - ♦ Por tal motivo, se recomienda que las actividades de gestión hospitalaria que tengan lugar en cada unidad móvil se inicie su registro en el sistema de expediente clínico electrónico y la información local empiece a alimentar regularmente al repositorio central de datos mediante la técnica denominada sincronización de datos. Lo anterior permitirá obtener una base de datos única, cuya explotación permitirá obtener indicadores de desempeño para apoyar la toma de decisiones.

6.6.- Financiamiento

El Programa será operado con la rectoría y financiamiento de la SECRETARIA para la adquisición de vehículos, contratación del personal permanente y gastos de operación para la puesta en marcha por dos meses y medio para las UMM nuevas, adquiridas por la SECRETARIA. Para ello, se establecerán Convenios de Coordinación en materia de Transferencia de Recursos para la operación del Programa de Caravanas de la Salud entre el Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Salud y las Entidades Federativas.

Asimismo, el Programa podrá recibir recursos para complementar su operación, derivados del SPSS, conforme lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables y los Acuerdos de Coordinación para la ejecución del SPSS celebrados con las entidades federativas.

Para la transferencia de recursos federales como estatales para el financiamiento de la operación del Programa, se suscribirán los instrumentos jurídico-administrativos correspondientes entre los REPSS y los Servicios Estatales de Salud. En estos instrumentos se establecerán los mecanismos de pago de los servicios proporcionados por el Programa a través del esquema per cápita por el total de 74 intervenciones del CAUSES proporcionadas de forma directa a la población beneficiaria. Esta acción permitirá que los recursos financieros sigan a la personas.

Los Servicios Estatales de Salud negociarán las prioridades de atención a la comunidad con la CNPSS a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, referente a los recursos que serán asignados al Programa derivados del Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA C).

De igual manera, se podrán prever otras fuentes de financiamiento para complementar la operación del Programa de conformidad con las disposiciones jurídicas vigentes y los instrumentos consensuales que para tal efecto se celebren.

El ejercicio de los recursos financieros asignados al Programa deberá ser ejercido y comprobado con base en la normatividad en la materia.

6.7.- Ejecución

6.7.1.- Avance Físico y Financiero

La DGPLADES solicitará a los Servicios Estatales de Salud la documentación que permita dar fe de la aplicación de los recursos presupuestales transferidos a la entidad federativa. Además, solicitará a los Servicios Estatales de Salud la comprobación fiscal que sustente y fundamente la aplicación de los recursos previamente transferidos mediante la emisión del certificado de gasto.

La Secretaría de Finanzas de cada Entidad Federativa a través de los Servicios Estatales de Salud entregará a la SECRETARIA por medio de la DGPLADES la relación detallada sobre las erogaciones del gasto, elaborada por la instancia ejecutora y validada por la propia Secretaría de Finanzas, mediante el certificado de gastos, Asimismo, se compromete a mantener bajo su custodia la documentación comprobatoria original de los recursos presupuestarios federales erogados hasta en tanto la misma le sea requerida por "LA SECRETARIA", y, en su caso por la SHCP y la SFP, así como la información adicional que estas últimas le requieran, de conformidad con lo establecido en los artículos 83, primer párrafo, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y 224, fracción VI, de su Reglamento.

La documentación comprobatoria del gasto que integra el certificado deberá reunir los requisitos fiscales que enuncian los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación y, en su caso, la SECRETARÍA a través de la DGPLADES solicitará la documentación que ampare la relación de gastos mencionados.

Asimismo, la Secretaría de Finanzas de cada Entidad Federativa a través de los Servicios Estatales de Salud informará a la SECRETARÍA por medio de la DGPLADES a los 15 días hábiles siguientes a la terminación del trimestre del avance programático presupuestario y físico financiero del programa previsto en este Instrumento.

Finalmente, la Secretaría de Finanzas de cada Entidad Federativa a través de los Servicios Estatales de Salud presentará a la SECRETARÍA y por conducto de esta a la SHCP, a través de la Dirección General de Programación y Presupuesto y directamente a la Secretaría de Función Pública, por conducto de la Dirección General de Operación Regional y Contraloría Social, a más tardar el último día hábil de febrero de 2009, el cierre de ejercicio de las operaciones realizadas, las conciliaciones bancarias, el monto de los recursos ejercidos, en su caso, con el desglose a que se refiere la cláusula segunda de este instrumento, así como el nivel de cumplimiento de los objetivos del programa y las metas de los indicadores de desempeño, alcanzados en el ejercicio de 2008.

El reporte se ha establecido en coordinación con la instancia responsable y contiene un informe con la clara explicación de las variaciones entre los recursos autorizados (presupuesto autorizado), lo que se actualizó (el presupuesto modificado) y se gastó o utilizó (el presupuesto ejercido) y las metas establecidas.

Esta información permite conocer la eficiencia del programa en el trimestre que se reporta.

Ejemplo:

Secretaría de Salud

Programa Caravanas de la Salud

Avances Físico-Financiero

Primer trimestre de 2009 (Enero-Marzo)

Partida/ Concepto de Gasto	Indicador	Meta	Presupuesto (en pesos)					
			Autorizado	%	Modificado	%	Ejercido	%

6.7.2.- Proceso para la Comprobación de los Recursos

Las entidades federativas tienen la obligación de comprobar la aplicación de los recursos que la Federación les ha transferido para la operación del Programa. Las entidades federativas realizarán la comprobación de los recursos de acuerdo al siguiente proceso:

El primer paso consiste en el establecimiento, cuantificación y programación de las necesidades operativas del Programa por parte de las entidades federativas. Una vez que han sido cuantificadas las necesidades se procederá a la elaboración del instrumento jurídico (Modelo de Convenio incorporado como anexo 4) entre la Secretaría de Salud y la Entidad Federativa, para proceder a su firma y posterior publicación en el DOF.

Después de la firma del convenio entre la Federación y la Entidad Federativa, la DGPLADES procederá a notificar a la Entidad Federativa sobre el recurso otorgado para la operación del Programa desagregado a nivel de capítulo de gasto.

En paralelo a la firma del Convenio, la Entidad Federativa a través de su Secretaría de Finanzas, procederá a la apertura de una cuenta bancaria productiva por cada convenio suscrito. El siguiente paso será la transferencia de los recursos de la DGPLADES vía electrónica a las entidades federativas para la operación del programa.

La entidad federativa a través de la Secretaría de Finanzas, enviará el recibo oficial emitido a la DGPLADES por el importe de la transferencia realizada por parte de la DGPLADES.

A partir de ese momento la Entidad Federativa podrá ejercer los recursos asignados para el cumplimiento del objeto del Programa Caravanas de la Salud. Cabe señalar que la comprobación de los recursos debe ajustarse a la programación establecida en los convenios de transferencia de recursos del Programa Caravanas de la Salud que se celebren. La DGPLADES dictaminará los certificados de gasto para verificar que el recurso haya sido asignado para cubrir las necesidades específicas del Programa.

Para la disposición de los recursos que no estén ejercidos y devengados al 31 de diciembre se deberá atender lo dispuesto en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento.

6.7.3.- Cierre del Ejercicio Presupuestal

Los Servicios Estatales de Salud se obligan a elaborar anualmente, el cierre del ejercicio presupuestal de los recursos asignados al Programa. Este se define como el periodo con el que finaliza el año a nivel presupuestal y con ello el fin de las actividades por ese periodo.

Los Servicios Estatales de Salud deberán integrar el cierre de ejercicio programático anualmente, con base en el formato referido en la sección anterior y lo enviará en un documento impreso y en medios magnéticos a más tardar el último día hábil de enero del ejercicio fiscal (del año siguiente) a la DGPLADES de la Secretaría de Salud.

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

6.7.4.- Recursos no devengados

Se entenderá por recursos no devengados, los recursos no utilizados por los Servicios Estatales de Salud para el Programa, para los fines que se les han establecido o autorizado.

Los recursos que no se destinen a los fines autorizados, los no devengados y los que no estén vinculados formalmente con compromisos y obligaciones de pago al 31 de diciembre de cada año, incluyendo los rendimientos financieros generados, deberán ser reintegrados inmediatamente a la Tesorería de la Federación en un plazo de 15 días naturales contados a partir del cierre del ejercicio fiscal de acuerdo a la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria con base en los artículos 175o., 176o., 178o., y 179o., así como de su Reglamento.

Para su cuantificación se utilizará el siguiente formato:

Ejemplificación de la información

Actividad	Indicador	Meta	Presupuesto (en pesos)					
			Autorizado	%	Modificado	%	Ejercido	%
Inmunización	Dosis	300,000	1,000,000.00		1,200,000.00		1,150,000.00	

6.8.- Mecanismo de Control a la Operación

Para vigilar el cumplimiento de la operación de las UMM del Programa bajo lo establecido en las presentes Reglas de Operación y garantizar que los recursos presupuestarios sean asignados de manera eficiente y cumplir con el objetivo del Programa, se establece el siguiente mecanismo de control a la operación.

La DGPLADES es la encargada de validar las rutas de las UMM de las Caravanas de Salud que le presenten los Servicios Estatales de Salud. De tal forma, que si una ruta propuesta por los Servicios Estatales de Salud no cumple con los criterios de inclusión señalados en las presentes reglas de operación y por ende no es validada por la DGPLADES, los Servicios Estatales de Salud tienen la obligación de adecuar, modificar o cambiar la ruta a fin de que la misma cumpla con los criterios para ser validada.

En caso de que los Servicios Estatales de Salud hagan caso omiso a la recomendación de la DGPLADES o bien insistan en la no modificación de la ruta de la UMM de la Caravana de la Salud, después de un plazo de 30 días naturales, la DGPLADES notificará por escrito a los Servicios Estatales de Salud del retiro de esa o esas UMM a fin de redistribuir la UMM a otra entidad federativa que realmente necesite la incorporación de dicha UMM en localidades que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en las presentes Reglas de Operación.

6.9.- Supervisión de las Rutas por parte de las DGPLADES

La DGPLADES como el área responsable de la rectoría del programa a nivel federal, tendrá la potestad de supervisar de manera aleatoria que las UMM de las Caravanas de la Salud en las distintas entidades federativas, realmente estén cubriendo la totalidad de la ruta previamente planeada y avalada y estén prestando los servicios establecidos en las presentes reglas de operación.

En caso de que la DGPLADES encuentre diferencia entre la ruta avalada y la ruta supervisada por las UMM de la Caravanas de la Salud, solicitará a los Servicios Estatales de Salud que regresen a la ruta avalada o bien que actualicen el recorrido de la ruta de la UMM a fin de que la misma esté avalada por la DGPLADES al cumplir adecuadamente con todos los criterios de inclusión señalados en las presentes reglas de operación.

7.- Auditoría, Control y Seguimiento**7.1.- Auditoría y control**

Debido al impacto del Programa, por las características de su cobertura a nivel nacional, así como por la importancia de los recursos, este Programa estará sujeto a la revisión de las instancias fiscalizadoras competentes.

7.2.- Seguimiento

Con el propósito de garantizar el avance del Programa, la calidad de la atención de las intervenciones médicas, la suficiencia y oportunidad de los recursos y los posibles impactos de las acciones en la población beneficiaria, el Programa contará con un mecanismo de monitoreo continuo en los diferentes ámbitos de operación en donde los responsables de la conducción del Programa en conjunto con el personal operativo y la estructura estatal, analizan y evalúan los alcances y en su caso definen medidas de intervención oportunas en beneficio de la población beneficiaria del Programa.

Asimismo, las acciones de seguimiento deben identificar las buenas prácticas y promover su aplicación en el resto de los recursos humanos del Programa, esto con el objetivo de mejorar la implantación de las políticas y enriquecer la gerencia de las áreas de conducción del programa, para posteriormente vincularlo a las áreas operativas del Programa. Para ello, es necesario evolucionar al concepto de monitoreo y evaluación integral que implica la observación completa, permanente y continua de las acciones y la medición de las mismas a través de indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto.

Esta estrategia permitirá obtener información detallada sobre el estado de la operación, con el propósito de apoyar la toma de decisiones, la detección oportuna de desviaciones operativas e implementar, en su caso, acciones de mejora continua de los procesos operativos del Programa, a través de la generación y análisis de indicadores.

Una mayor efectividad de estas acciones, se logrará también, a través de su operación descentralizada, con lo que se obtendrá la identificación temprana de riesgos y de inconsistencias y la aplicación oportuna de medidas preventivas y correctivas de las desviaciones identificadas tanto a nivel central como estatal.

Además, se fortalecerán los mecanismos internos de concertación y coordinación de la DGPLADES, de tal manera, que el monitoreo funcione de forma dinámica y homogénea, basado en técnicas y métodos establecidos y los acuerdos y compromisos resultantes sean sujetos de seguimiento por las áreas técnicas responsables de los programas sustantivos. Para ello, se adecuarán las acciones y los instrumentos operativos, con el objeto de propiciar el desarrollo sistemático y coordinado de actividades de control y seguimiento para identificar y atender los problemas de la operación y anticiparse a su recurrencia.

Adicionalmente, para apoyar los procesos de supervisión del Programa por parte de la DGPLADES, se instrumentarán las estrategias y las acciones necesarias para asegurar la contratación de terceros autorizados para que a través de ellos, se establezcan los procesos de seguimiento del programa a fin de asegurar el avance y la operación efectiva y eficaz del Programa y para la toma de decisiones.

8.- Evaluación

El fin último de un programa de salud es mejorar las condiciones de bienestar de la población a la que atiende; finalidad que se alcanza a través del otorgamiento de servicios equitativos y de calidad, congruentes con las necesidades y expectativas de las personas; por lo tanto, el desarrollo e impacto de estos servicios en el logro de este propósito debe vigilarse y evaluarse.

En este contexto y para coadyuvar a que el Programa logre la finalidad y objetivos establecidos es necesario establecer modelos integrales de seguimiento y de evaluación que se apliquen en todos los niveles de la organización y que además de detectar errores e ineficiencias, permita identificar los ámbitos en los que es necesario hacer correcciones.

La evaluación del Programa permite la valoración permanente de sus avances; para ello se utilizan diversos procesos para la recopilación y análisis de información con el objetivo de determinar si se está cumpliendo con las actividades que se planearon y la medida en que se está cumpliendo con los objetivos planteados.

8.1.- Interna

En este apartado se incluyen los instrumentos de medición diseñados por el Programa para dar seguimiento a su desempeño. Para cada uno de los indicadores de resultados planteados se describe: el nombre, la fórmula de cálculo y la periodicidad con la que se obtendrán los resultados de la operación del programa.

Los indicadores se han vinculado con los objetivos, de tal manera que la consecución de las metas permita el cumplimiento de éstos.

En este momento, las limitaciones para el procesamiento de la información no permiten incluir indicadores de resultados desagregados por sexo y por grupo de edad, de forma que se demuestre el acceso equitativo y no discriminatorio de las mujeres e indígenas a los beneficios de los programas, así como propiciar la protección del medio ambiente y de los recursos naturales. Sin embargo, se gestionará ante las instancias correspondientes la desagregación de los indicadores para las desagregaciones de referencia.

La construcción de este apartado se ha elaborado dando congruencia a la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores del Programa, con base en la Metodología de Marco Lógico.

En este contexto, se considera a la evaluación como un proceso permanente con un sistema establecido sistemáticamente y un constante análisis de la información para conocer el avance, la calidad y la eficacia del Programa.

Para tal efecto, con base en la Matriz Lógica se han establecido 21 indicadores. Estos miden que las unidades móviles en operación, estén equipadas y cuenten con un equipo itinerante completo y capacitado; una plena identificación de las localidades programadas en las que se llevan a cabo acciones de prevención y promoción de la salud; la entrega de un conjunto de acciones de atención médica ambulatoria para las familias y personas beneficiarias; el apoyo para la afiliación de las familias atendidas por el Programa en el Sistema de Protección Social en Salud o las ya incorporadas que reciban atención en su localidad; todo esto en unidades móviles acreditadas para su operación.

Los distintos sistemas de información institucionales son la fuente para la conformación de indicadores con temas relacionados con la entrega de servicios y productos, así como la percepción de la calidad de la atención.

Estos elementos constituyen la base del programa que cuenta con una valoración sistemática permitiendo organizar la revisión de sus componentes de diseño y ejecución contribuyendo ampliamente al logro de los objetivos del Programa.

Los indicadores para medir el desempeño del programa son:

Tabla 2
Indicadores del Programa de Caravanas de la Salud

Indicadores del Programa Caravanas de la Salud		
Nombre	Fórmula	Periodicidad
1.1 Población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el Programa	1.1= (Población atendida por el Programa/ Población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación)*100	Anual
11.1 Ejercicio presupuestal del Programa	11.1= (Presupuesto ejercido/ Presupuesto modificado)*100	• Semestral
11.2 Localidades programadas que son atendidas por el Programa	11.2=(Localidades atendidas/ Localidades programadas para ser atendidas)*100	• Anual
111.1 Unidades móviles en operación y totalmente equipadas y con equipo itinerante completo y capacitado	111.1=(Unidades móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado/ Unidades en operación y totalmente equipadas)*100	• Anual
111.2 Unidades móviles acreditadas respecto del total en operación	111.2=(Unidades móviles acreditadas/ Unidades móviles en operación)*100	• Trimestral
112.1 Localidades programadas en las que se llevan a cabo acciones de prevención y promoción	112.1=(Localidades en las que se llevan a cabo acciones de prevención y promoción/ Localidades programadas para acciones de prevención y promoción)*100	• Trimestral
113.1 Actividades de atención médica ambulatoria realizadas sobre las programadas	113.1=(Actividades de atención médica ambulatoria realizadas/ Actividades de atención médica ambulatoria programadas)*100	• Trimestral
114.1 Familias incluidas en el Programa que están afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud	114.1=(Familias incluidas por el Programa que están afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud/ Familias incluidas programadas a afiliar al Sistema de Protección Social en Salud)*100	• Trimestral
1111.1 Unidades móviles programadas que son adquiridas	1111.1=(Unidades móviles adquiridas/ Unidades móviles programadas)*100	• Anual
1112.1 Unidades móviles operando programadas a incorporarse al Programa que son incorporadas	1112.1=(Total de unidades móviles operando incorporadas/ Total de unidades móviles operando programadas a incorporarse)*100	• Anual
1112.2 Acciones de conservación y mantenimiento programadas que son realizadas	1112.2=(Total de acciones de conservación y mantenimiento realizadas/ Total de acciones de conservación y mantenimiento programadas)*100	• Semestral
1113.1 Personal de salud capacitado de forma específica para el Programa	1113.1=(Total de personal de salud disponible para el programa que es capacitado de forma específica para la operación del programa/ Total de personal de salud disponible para el Programa)* 100	• Semestral
1121.1 Municipios incorporados al Programa	1121.1=(Total de municipios programados que son incorporados al programa/ Total de municipios programados a incorporar al programa)*100	• Semestral
1121.2 Localidades programadas en rutas que se atendieron	1121.2=(Total de localidades programadas en rutas que se atendieron/ Total de localidades programadas en rutas)*100	• Semestral
1121.3 Localidades atendidas por el Programa que cuentan con auxiliar de salud	1121.3=(Total de localidades atendidas por el programa que cuentan con auxiliar de salud/ Total de localidades atendidas por el programa)*100	• Trimestral
1122.1 Acciones de prevención y promoción de la salud realizadas	1122.1=(Total de acciones de prevención y promoción de la salud realizadas/ Total de acciones de prevención y promoción de la salud programadas a realizar)*100	• Trimestral

1131.1 Consultas médicas de primera vez	1131.1=(Total de consultas médicas otorgadas que son de primera vez/ Total de consultas médicas otorgadas)*100	• Trimestral
1131.2 Consultas médicas subsecuentes	1131.2=(Total de consultas médicas otorgadas que son subsecuentes/Total de consultas médicas otorgadas)*100	• Trimestral
1132.1 Pacientes referidos a una unidad de salud de mayor capacidad resolutive	1132.1=(Total de pacientes atendidos que son referidos a una unidad de salud de mayor capacidad resolutive/ Total de pacientes atendidos)*100	• Trimestral
1141.1 Caravanas de salud acreditadas	1141.1=(Total de caravanas de salud acreditadas/ Total de caravanas de salud)* 100	• Trimestral
1142.1 Familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud	1142.1=(Total de familias informadas sobre el Sistema de Protección Social en Salud que son afiliadas/ Total de familias informadas sobre el Sistema de Protección Social en Salud)*100	• Trimestral

La evaluación es corresponsabilidad entre la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud, siendo necesaria la participación de las unidades administrativas que intervienen en la operación del Programa, para el mejor desarrollo de la misma, así como para asegurar su involucramiento en la revisión de las recomendaciones que se deriven de la evaluación y, en su caso, las que se determinen procedentes, su implementación y seguimiento.

8.2.- Externa

La evaluación externa del Programa es un proceso continuo y sistemático que tiene como finalidad determinar la pertinencia y el logro de los objetivos y metas del Programa, así como su eficiencia, eficacia, calidad, resultados, impacto y sostenibilidad. Asimismo, constituye la base de un sistema integral de valoración que permite instrumentar ajustes en el diseño y ejecución del Programa y contribuye al cumplimiento de los objetivos y metas. Con la realización de las evaluaciones se fortalece la gestión para resultados, la rendición de cuentas y la transparencia en el ejercicio de los recursos.

Por la naturaleza integral del Programa, en la evaluación será necesaria la participación de todos los sectores que intervienen en la operación del Programa, para el mejor desarrollo de la misma, así como para asegurar su involucramiento en la revisión del plan de trabajo para dar seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora, derivados de los resultados de las evaluaciones externas.

Los términos de referencia de las evaluaciones externas del Programa se harán del conocimiento de la Coordinación del Programa Caravanas Nacional y serán elaborados de conformidad con los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal, Criterios y el Programa Anual de Evaluación emitidos conjuntamente por el CONEVAL, LA SFP y la SHCP.

Las evaluaciones del Programa estarán coordinadas por la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) conforme a sus respectivas atribuciones y de acuerdo a la normatividad aplicable vigente. Por ello, en las evaluaciones externas, será la DGED la encargada de elaborar los términos de referencia para cada ejercicio de evaluación, realizar las convocatorias respectivas y seleccionar a la consultora encargada de los trabajos de evaluación. Las evaluaciones externas serán realizadas por instituciones académicas o privadas del país.

El plan de evaluación externa contempla tres mediciones:

- Evaluación inicial 2007
- Evaluación de mitad de camino (2009), y
- Evaluación Final 2011

Asimismo, la DGED se encargará de supervisar los trabajos de campo relacionados con las tres mediciones programadas para asegurar que los productos entregables por las consultoras se adhieran a los requerimientos técnicos y los resultados provean evidencias para mejorar la operación del Programa, a la par de contribuir a la transparencia en el uso de los recursos públicos y a los procesos de rendición de cuentas. En este sentido, los resultados de cada ejercicio de evaluación se pondrán a disposición del público en el sitio de Internet de la DGED y de la Secretaría de Salud.

De igual forma, estos resultados serán difundidos en los Informes de Gobierno, de Labores y de Ejecución y en los informes anuales relacionados con el seguimiento de las Metas del PROSESA 2007-2012 en sus apartados específicos. Además, los resultados de las evaluaciones externas, deberán ser entregados a las instancias correspondientes y posteriormente se realizará su difusión en los plazos establecidos, conforme se señala en el artículo 24 del PEF y las disposiciones vigentes en la materia.

Independientemente de las evaluaciones que se determinen en el Programa Anual de Evaluación, la DGPLADES podrá realizar aquellas evaluaciones complementarias que le permitan identificar problemáticas específicas con el propósito de reforzar el diseño y operación del programa.

9.- Transparencia

A través del Programa de Contraloría Social se establece el vínculo de la sociedad como aval de las acciones del Programa.

La DGPLADES elaborará materiales de difusión dirigidos al personal operativo del Programa de los Servicios Estatales de Salud con el fin de sensibilizarlos sobre la transparencia del mismo. Dichos programas serán por el área sustantiva central y contendrán la siguiente leyenda

“El condicionamiento electoral o político de los programas sociales constituye un delito federal que se sanciona de acuerdo a las leyes correspondientes. Ningún servidor público puede utilizar su puesto o sus recursos para promover el voto a favor o en contra de algún partido o candidato. El Programa Caravanas de la Salud es de carácter público y su otorgamiento o continuidad no depende de partidos políticos o candidatos”.

Con la finalidad de mantener el Programa libre de injerencia política y contribuir a su operación transparente, la DGPLADES efectuará acciones y sesiones de orientación y difusión a la población beneficiaria y a la Contraloría Social.

De igual forma, si en el ejercicio de sus funciones la DGPLADES conoce de conductas o hechos que pudieran constituir delitos por el uso político-electoral del Programa, deberá informarlo a las autoridades competentes.

9.1.- Difusión

La difusión es la propagación o divulgación de los beneficios del Programa, la cual contiene elementos que certifiquen la correcta utilización de los recursos y la procedencia del mismo.

Para ello, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Se dará amplia difusión al Programa a nivel nacional, y se promoverán similares acciones por parte de los Servicios Estatales de Salud. La información del Programa se dará a conocer en la página de Internet de la Secretaría de Salud desagregada por entidad federativa.
- La papelería, documentación oficial, así como la publicidad y promoción de este Programa, incluirán la siguiente leyenda:
“Este Programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente”.
- La información de montos y beneficiarios será publicada en los términos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

9.2.- Contraloría social

La Contraloría Social se define como el conjunto de personas de la comunidad encargadas de revisar el cumplimiento de los lineamientos, normas o las acciones propuestas por el Programa.

Con el propósito de incorporar a la ciudadanía en el control, vigilancia y evaluación de los programas sociales, los Servicios Estatales de Salud promoverán la contraloría social con base en la normatividad establecida para tal efecto, fomentando acciones que transparenten la operación del programa en cuestión.

La contraloría social estará a cargo de los miembros de la comunidad, incluidos los integrantes del Comité o instancia asociativa de beneficiarios.

Las acciones a fomentar serán las siguientes:

- Informar a la ciudadanía acerca de los apoyos otorgados y su costo a nivel de obra, acción, nombre de los beneficiarios, derechos y obligaciones de los mismos
- Capacitar a los beneficiarios para que se constituyan en instancias de vigilancia y evaluación social
- Establecer espacios de comunicación (reuniones vecinales, atención directa a beneficiarios, etcétera)
- Promover la integración de organizaciones de la sociedad civil en acciones de contraloría social
- Instrumentar mecanismos de captación y atención de quejas y denuncias
- La Secretaría de la Función Pública y el Organismo Interno de Control verificarán, en lo correspondiente, la realización de dichas acciones.

9.3.- Quejas y Denuncias

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

La DGPLADES vigilará que los Servicios Estatales de Salud y en apego a los lineamientos y criterios que determine la SFP, despliegue acciones tendientes a garantizar la atención oportuna y eficiente de las quejas, denuncias, peticiones o sugerencias que presenten los beneficiarios del programa y el público en general.

TRANSITORIO

UNICO.- El presente Acuerdo entrará en vigor el día primero de enero del año dos mil nueve.

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

ANEXOS**Anexo 1****Municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano**

Se ubican en siete entidades federativas:

Entidad Federativa	No. Municipios
<u>Chiapas</u>	20
<u>Durango</u>	1
<u>Guerrero</u>	21
<u>Nayarit</u>	1
<u>Oaxaca</u>	58
<u>Puebla</u>	9
<u>Veracruz</u>	15
Total	125

Y se localizan por entidad federativa de la siguiente forma:

Número Progresivo	Nombre de la entidad	Nombre del Municipio	IDH 2000
1	Chiapas	Sitalá	0.44338
2	Chiapas	Santiago el Pinar	0.44970
3	Chiapas	Aldama	0.46336
4	Chiapas	Chalchihuitán	0.47678
5	Chiapas	Mitontic	0.48429
6	Chiapas	Chamula	0.48542
7	Chiapas	San Juan Cancuc	0.49962
8	Chiapas	Chanal	0.52380
9	Chiapas	Chenalhó	0.52381
10	Chiapas	Zinacantán	0.52514
11	Chiapas	Chilón	0.53494
12	Chiapas	San Andrés Duraznal	0.53975
13	Chiapas	Pantelhó	0.54758
14	Chiapas	Ocoatepec	0.55072
15	Chiapas	Francisco León	0.55388
16	Chiapas	Pantepec	0.55463
17	Chiapas	Tumbalá	0.55586
18	Chiapas	Amatenango del Valle	0.56333
19	Chiapas	Larráinzar	0.56389
20	Chiapas	Huixtán	0.57028
21	Durango	Mezquital	0.52371
22	Guerrero	Metlatónoc	0.38855
23	Guerrero	Xochistlahuaca	0.49841
24	Guerrero	Atlixac	0.49855
25	Guerrero	Copanatoyac	0.50813
26	Guerrero	Alcozauca de Guerrero	0.50910
27	Guerrero	Tlacoachistlahuaca	0.51141
28	Guerrero	Xalpatláhuac	0.51455
29	Guerrero	Acatepec	0.51853
30	Guerrero	Zapotitlán Tablas	0.53852

31	Guerrero	Copalillo	0.55769
32	Guerrero	Atlamajalcingo del Monte	0.55775
33	Guerrero	Ahuacuotzingo	0.56567
34	Guerrero	Tlacoapa	0.57794
35	Guerrero	Zitlala	0.58097
36	Guerrero	Malinaltepec	0.59157
37	Guerrero	Pedro Ascencio Alquisiras	0.60268
38	Guerrero	San Miguel Totolapan	0.61564
39	Guerrero	General Heliodoro Castillo	0.63818
40	Guerrero	Cochoapa el Grande	N.d.
41	Guerrero	José Joaquín de Herrera	N.d.
42	Guerrero	Iliatenco	N.d.
43	Nayarit	Del Nayar	0.49173
44	Oaxaca	Coicoyán de las Flores	0.39515
45	Oaxaca	San Simón Zahuatlán	0.42855
46	Oaxaca	Santa Lucía Miahuatlán	0.44440
47	Oaxaca	Santa María la Asunción	0.45868
48	Oaxaca	Santiago Ixtayutla	0.47651
49	Oaxaca	Huauteppec	0.47988
50	Oaxaca	Santo Domingo Tepuxtepec	0.48096
51	Oaxaca	Santiago Amoltepec	0.48462
52	Oaxaca	Santa María Temaxcaltepec	0.49110
53	Oaxaca	San Miguel Santa Flor	0.50565
54	Oaxaca	San Lorenzo Texmelúcan	0.51156
55	Oaxaca	Eloxochitlán de Flores Magón	0.51183
56	Oaxaca	San José Tenango	0.51294
57	Oaxaca	Santos Reyes Yucuná	0.51613
58	Oaxaca	Santa María Tepantlali	0.51657
59	Oaxaca	San Martín Itunyoso	0.51836
60	Oaxaca	Santo Domingo de Morelos	0.51908
61	Oaxaca	Santa Cruz Zenzontepec	0.52151
62	Oaxaca	San Andrés Paxtlán	0.52574
63	Oaxaca	Santa Ana Ateixtlahuaca	0.52687
64	Oaxaca	San Pedro Ocopetatillo	0.53121
65	Oaxaca	Santiago Tlazoyaltepec	0.53473
66	Oaxaca	San Miguel Mixtepec	0.53483
67	Oaxaca	Santa María Tlaxiactac	0.53503
68	Oaxaca	San Pedro y San Pablo Ayutla	0.53576
69	Oaxaca	San Juan Petlapa	0.53690
70	Oaxaca	San Marcial Ozolotepec	0.53760
71	Oaxaca	Santiago Yaitepec	0.53774
72	Oaxaca	San Lucas Camotlán	0.53863
73	Oaxaca	San Miguel Ahuehuetitlán	0.53925
74	Oaxaca	Santa María Chilchotla	0.53950
75	Oaxaca	Santiago Texcalcingo	0.54066
76	Oaxaca	San José Lachiguiri	0.54344
77	Oaxaca	San Pedro el Alto	0.54382

78	Oaxaca	San Agustín Loxicha	0.54467
79	Oaxaca	San Lorenzo Cuaunecuiltitla	0.54789
80	Oaxaca	San Francisco Chapulapa	0.54965
81	Oaxaca	Mazatlán Villa de Flores	0.55038
82	Oaxaca	Santa María Apazco	0.55252
83	Oaxaca	San Juan Juquila Mixes	0.55454
84	Oaxaca	San Antonio Sinicahua	0.55471
85	Oaxaca	San Juan Coatzóspam	0.55496
86	Oaxaca	San Miguel Coatlán	0.55641
87	Oaxaca	San Francisco Huehuetlán	0.56074
88	Oaxaca	Yogana	0.56088
89	Oaxaca	Magdalena Peñasco	0.56093
90	Oaxaca	San Francisco Tlapancingo	0.56156
91	Oaxaca	Santiago Xanica	0.56320
92	Oaxaca	Santa María Peñoles	0.56341
93	Oaxaca	San Lucas Zoquiápam	0.56351
94	Oaxaca	San José Independencia	0.56528
95	Oaxaca	Santa Cruz Acatepec	0.57469
96	Oaxaca	Santa Inés del Monte	0.57765
97	Oaxaca	Santa Lucía Monteverde	0.58150
98	Oaxaca	San Juan Comaltepec	0.58794
99	Oaxaca	San Miguel Peras	0.60369
100	Oaxaca	San Pablo Cuatro Venados	0.63753
101	Oaxaca	San Bartolomé Ayautla	N.d.
102	Puebla	Eloxochitlán	0.51613
103	Puebla	Hueytlalpan	0.51613
104	Puebla	Zoquitlán	0.54642
105	Puebla	Chiconcuautla	0.54936
106	Puebla	Huehuetla	0.55355
107	Puebla	San Felipe Tepatlán	0.55783
108	Puebla	Camocuautla	0.55839
109	Puebla	Coyomeapan	0.56035
110	Puebla	San Sebastián Tlacotepec	0.57067
111	Veracruz	Tehuipango	0.40460
112	Veracruz	Mixtla de Altamirano	0.41847
113	Veracruz	Astacinga	0.50221
114	Veracruz	Texcatepec	0.50890
115	Veracruz	Atlahuilco	0.51471
116	Veracruz	Ilamatlán	0.51673
117	Veracruz	Filomeno Mata	0.53141
118	Veracruz	Soledad Atzompa	0.53543
119	Veracruz	Mecatlán	0.53804
120	Veracruz	Zontecomatlán de López y Fuentes	0.53822
121	Veracruz	Los Reyes	0.54079
122	Veracruz	Tlaquilpa	0.54344
123	Veracruz	Xoxocotla	0.55234
124	Veracruz	Soteapan	0.55946
125	Veracruz	Tequila	0.56104

Anexo 2**Modelo de Contrato de Prestación de Servicios Profesionales para la contratación del Coordinador y Supervisor Estatal del Programa**

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE (ASESORIA, CONSULTORIA, ESTUDIOS O INVESTIGACIONES) QUE CELEBRAN POR UNA PARTE LA ENTIDAD FEDERATIVA DE _____, REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL _____, EN SU CARACTER DE (NOMBRAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA LA PERSONA), A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "LA ENTIDAD"; Y POR LA OTRA PARTE EL/LA _____, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "PRESTADOR DE SERVICIOS"; AMBAS PARTES SE SUJETAN AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS:

ANTECEDENTES:

PRIMERO.- (ESTABLECER LOS PROGRAMAS QUE CORRESPONDAN O SE RELACIONEN CON EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, O PROGRAMAS SECTORIALES, DE ACUERDO CON LO QUE SE PRETENDE CONTRATAR).

LA ACTUAL ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL, MEDIANTE LA SECRETARIA DE SALUD, DISEÑO UNA NUEVA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA, EL PROGRAMA CARAVANAS DE LA SALUD.

EL PROGRAMA DE CARAVANAS DE LA SALUD BUSCA ATENDER A POBLACIONES DISPERSAS DE COMUNIDADES CARACTERIZADAS POR SU TAMAÑO Y POCOS HABITANTES, QUE RESIDEN EN ZONAS OROGRAFICAS DE DIFICIL ACCESO EN MEXICO Y QUE POR LO TANTO NO TIENEN CAPACIDAD DE ACCEDER A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DEBIDO A ESTA UBICACION GEOGRAFICA. LOS FACTORES ANTERIORMENTE DESCRITOS, DIFICULTAN LA CONSTRUCCION DE ESTABLECIMIENTOS FIJOS DE ATENCION MEDICA POR PARTE DE LA SECRETARIA PARA ATENDER A DICHAS POBLACIONES.

LA ACTUAL ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL A TRAVES DE SECRETARIA, HA DISEÑADO ESTE PROGRAMA PARA ACERCAR A LA POBLACION, LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD CON CRITERIOS DE ANTICIPACION, DE MANERA INTEGRAL Y RESOLUTIVA, MEDIANTE EQUIPOS DE SALUD ITINERANTES. ESTA NUEVA ESTRATEGIA DE ATENCION ITINERANTE BENEFICIARA PRIORITARIAMENTE A 1.4 MILLONES DE PERSONAS QUE HABITAN EN LOS 125 MUNICIPIOS DE MENOR INDICE DE DESARROLLO HUMANO QUE CUENTAN CON PROBLEMAS DE ACCESO REGULAR A SERVICIOS INTEGRALES E INSTITUCIONALES DE SALUD.

LA PRIORIDAD DEL PROGRAMA, ESTARA CENTRADA EN LOS 125 MUNICIPIOS DE MENOR INDICE DE DESARROLLO HUMANO, LOCALIZADOS EN SIETE ENTIDADES FEDERATIVAS PRIORITARIAS.

SEGUNDO.- LA SEGUNDA PRIORIDAD DEL PROGRAMA ESTARA ENFOCADA A COADYUVAR EN EL FORTALECIMIENTO DE LA COBERTURA DE SERVICIOS EN LOCALIDADES DISPERSAS, MARGINADAS Y CON UN NUMERO REDUCIDO DE HABITANTES EN TODAS LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.

EL PROGRAMA DE CARAVANAS DE LA SALUD, ES UN PROGRAMA QUE ARTICULA A TODAS LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON EL FIN DE ACERCAR LA RED DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACION QUE, POR SUS CONDICIONES SOCIALES, NO TIENE UNA COBERTURA REGULAR O PERMANENTE DE ESTOS SERVICIOS. POR ELLO, ESTE PROGRAMA CONSTITUYE UNO DE LOS PRINCIPALES ESFUERZOS DE LA POLITICA DE SALUD DEL GOBIERNO DE MEXICO, PARA RESOLVER LAS ACTUALES LIMITACIONES DE COBERTURA DE SERVICIOS QUE AUN PREVALECE EN DIVERSAS ZONAS DEL TERRITORIO NACIONAL.

DECLARACIONES:

PRIMERA.- DECLARA "LA ENTIDAD".

1. De conformidad con el artículo 116 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el poder público de los Estados se dividirá en Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

2. Que de conformidad con los artículos __, __ de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo para el Estado de _____, la Secretaría de Salud es una Dependencia de la Administración Pública Estatal Centralizada, la cual tiene a su cargo proveer lo necesario para el exacto cumplimiento de sus funciones, dentro de la esfera de su competencia, siendo las de (hacer la descripción de lo que establece la Ley como funciones o atribuciones que tenga la Secretaría en el Estado que corresponda).

3. Que la (hacer mención de la unidad administrativa que sean la encargada de suscribir el presente contrato, así como las funciones y atribuciones que por Reglamento le confieren para firmarlo), es una (Unidad Administrativa o Dirección) de la Secretaría de Salud, y que dentro de sus funciones y atribuciones, está la de suscribir los documentos relativos al _____ con fundamento en el artículo art. __, fracción ____; del Reglamento Interior de _____.

4. Que cumple con lo dispuesto en el artículo ____ de la Ley de Adquisiciones establecer la denominación correcta de la Ley correlativa, así como con los lineamientos o requisitos que se establecen para el caso en concreto.

5. Que la (nombre de la unidad que contrata por parte del Estado), para la realización de su objeto, requiere de los servicios de prestación de servicios objeto del presente instrumento, para lo cual cuenta con la autorización presupuestal necesaria para cubrir el compromiso derivado del presente instrumento, conforme al capítulo _____, relativo a servicios de asesoría, consultoría, informáticos, estudios e investigaciones; con cargo a la partida presupuestal _____.

6. Que el presente contrato se celebra bajo las estipulaciones comprendidas en los artículos ____ de la Ley de Adquisiciones establecer la denominación correcta de la Ley correlativa, así como con los lineamientos o requisitos que se establecen para el caso en concreto, bajo el procedimiento de Adjudicación Directa.

7. Que la celebración de este contrato se realiza con apego a los criterios de ahorro de la (Secretaría de Hacienda y Crédito Público o su equivalente) para el ejercicio fiscal ____ y las demás Disposiciones de Racionalidad, Austeridad y Disciplina Presupuestal, previstas en el Presupuesto de Egresos de la _____ para el ejercicio fiscal del año _____.

8. Que para la suscripción del presente contrato, cuenta con la autorización expresa del C. _____ para las erogaciones del presente contrato, misma que se anexa.

9. Que para los efectos del presente contrato y sus anexos señala como domicilio legal, el ubicado en Calle _____ número ____ de la Colonia _____, de la Ciudad de _____, estado de _____ con el Código Postal _____.

SEGUNDA.- DECLARA "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" bajo protesta de decir verdad:

(CONFORME AL PUNTO 6.1.5.1 DE LAS REGLAS DE OPERACION 2009 DEL PROGRAMA CARAVANAS DE LA SALUD, REFERENTE AL PERFIL PROFESIONAL DEL COORDINADOR, ES IMPORTANTE QUE SE ANEXE LA DOCUMENTACION SOPORTE.)

1. Que dispone de la organización, elementos, conocimientos, solvencia moral, profesional y experiencia suficientes para el objeto materia del presente instrumento. Y que es de Nacionalidad Mexicana, de Profesión _____, Estado Civil _____, nacido el ____ del mes de ____ del año _____. Acreditando lo anterior a través de los documentos o certificaciones necesarias, expedidos por las Autoridades o Unidades Correspondientes.

2. Que su Registro Federal de Contribuyentes es el _____

3. Que se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones fiscales, en su caso, de conformidad a lo establecido en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación.

4. Que cuenta con la capacidad financiera, técnica, científica y de infraestructura necesaria para dar el estricto cumplimiento a lo establecido en el presente instrumento jurídico, así como a las legislaciones o lineamientos correspondientes emita la Secretaría para su legal celebración. Acreditando lo anterior con copia fehaciente de los documentos o certificaciones necesarias expedidos por las autoridades o unidades correspondientes.

5. Que no se encuentra en ninguno de los supuestos previstos de los artículos ____ de la (Ley de Adquisiciones, Arrendamientos o su correlativa en el Estado), que le impidan contratar.

6. Que no existe ningún impedimento jurídico para obligarse en los términos y condiciones de este contrato, conforme a las disposiciones contenidas en la (Ley de Adquisiciones, Arrendamientos o su correlativa en el Estado), su Reglamento y demás lineamientos que sobre la materia emitan las instancias competentes, para obligarse a la realización de los trabajos de este contrato.

7. Que para los efectos del presente contrato y sus anexos señala como domicilio legal, el ubicado en Calle _____ número ____ de la Colonia _____, de esta Ciudad de _____, Estado de _____ con el Código Postal _____.

SEGUNDA.- DECLARAN AMBAS PARTES:

1. Que reconocen la naturaleza de derecho público del presente contrato.

2. Que es su voluntad celebrar el presente Contrato y sujetarse a las declaraciones y cláusulas del mismo, tanto en derecho y obligación corresponda.

Atento a lo anteriormente declarado, las partes convienen en celebrar el presente contrato, bajo las siguientes:

CLAUSULAS:

PRIMERA.- DEL OBJETO:

"LA ENTIDAD" contrata a "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" para llevar a cabo los servicios consistentes en coordinar las acciones de conservación, mantenimiento, recursos humanos ____(EN SU CASO COMPLEMENTAR)_____ del programa caravanas de la salud, hasta su terminación en favor de "LA ENTIDAD". Tal y como lo señalan las Reglas de Operación 2009 del Programa Caravanas de la Salud, que se considera como ANEXO 1 y que forma parte integrante del presente instrumento.

SEGUNDA.- DEL PAGO:

I. Como contraprestación, "LA ENTIDAD" deberá pagar al "PRESTADOR DE SERVICIOS" la cantidad total de \$_____ más la cantidad correspondiente al IVA Impuesto al Valor Agregado a entera satisfacción de "LA ENTIDAD". Dicho monto no podrá modificarse, alterarse o adicionarse por ningún motivo o circunstancia por cualquiera de las partes.

II. La forma de pago por los servicios prestados, se realizará en _____ sola exhibición (en su caso poner un calendario de pagos contra actividades), previa entrega de la correspondiente factura original o recibo de honorarios al respecto. Siempre y cuando este debidamente aprobada por (poner el nombre de el/la responsable y el área a la cual esté adscrita, para que haga la aprobación para el pago), dicho pago se realizará en el domicilio de "LA ENTIDAD". Cuando el servicio no se ajuste a las características del servicio ofrecido por "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", "LA ENTIDAD" no liquidará a "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" el importe de los servicios objeto de este Contrato.

Las partes manifiestan su conformidad en que si por causas directamente imputables a "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", no se prestan los servicios objeto de este contrato, en los términos y condiciones que en el mismo se establezcan, "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" no tendrá derecho a cobrarlos.

La liquidación total de los trabajos no significará la aceptación de los mismos, por lo tanto "LA ENTIDAD" se reserva expresamente el derecho de reclamar el cumplimiento de los servicios faltantes o mal ejecutados, o por pago de lo indebido.

TERCERA.- DE LA DURACION

Ambas partes convienen en que el objeto del presente contrato se lleve a cabo durante el tiempo de _____ (años, meses, días) contados a partir de la fecha de la firma del presente y dándose por terminado en fecha _____ (O bien se pone la fecha de inicio y la fecha en la que debe de concluir la prestación del servicio, asesoría).

CUARTA.- DE LAS OBLIGACIONES DEL PRESTADOR DE SERVICIOS:

Las partes estipulan expresamente que son obligaciones de forma enunciativa mas no limitativamente, las siguientes:

I. "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" desempeñará sus servicios con calidad, prontitud y diligencia, llevando a cabo todas las acciones necesarias, tales como; utilizar todos los recursos humanos, financieros y materiales de que disponga y requiera para asegurarse de que los servicios se presten conforme a lo que se refieren en la cláusula primera.

II. A iniciar la prestación de servicios en la fecha establecida en la cláusula tercera.

III. A entregar en tiempo y forma los recibos o facturas en originales que correspondan para el pago.

IV. A permitir la intervención posible de "LA ENTIDAD" para la revisión y verificación de los avances y cumplimiento del objeto del presente.

V. A responder por todos los posibles daños o perjuicios que se pudieran originar, por su falta de observación y vigilancia, así como de los posibles vicios ocultos; ya sean originados por él o personal a su cargo.

VI. DE LA CESION DE DERECHOS Y OBLIGACIONES: Se abstendrá de ceder o transmitir ya sea de forma parcial o total a terceras personas, cualquiera de los derechos y obligaciones adquiridos en el presente instrumento. Salvo los derechos de cobro de acuerdo a lo establecido en el artículo ___ de la (Ley de Adquisiciones, Arrendamientos o su correlativa en el Estado).

VII. DE LA RELACION LABORAL: El personal designado por cada una de "LAS PARTES" y el que se contrate para la ejecución del objeto del presente contrato, se entenderá exclusivamente relacionado con la parte que lo contrató, por lo que en ningún caso podrá considerarse a cualquiera de la otra parte como patrón solidario ni sustituto. En consecuencia, cada una de las partes asumirá la responsabilidad civil, fiscal, laboral o de seguridad social respecto del personal a su cargo, liberando a la otra parte de cualquier responsabilidad al respecto.

El "PRESTADOR DE SERVICIOS" se hace responsable y se compromete a responder por lo que se origine respecto de los posibles derechos laborales en caso de necesitar de subcontratación de personal a su cargo, y liberando de toda responsabilidad a "LA ENTIDAD".

VIII. DE LA CONFIDENCIALIDAD, DERECHOS DE PROPIEDAD INDUSTRIAL E INTELECTUAL: Se compromete a utilizar la información que le sea proporcionada por parte de "LA ENTIDAD" de manera confidencial, por lo que la utilizará únicamente para los fines de este contrato; a no divulgarla o reproducirla en provecho propio o de terceros, pues los datos y resultados obtenidos que se deriven de los servicios objeto del presente contrato, son propiedad y se constituyen a favor de "LA ENTIDAD". Se obliga a respetar o en su caso solicitar los permisos o licencias necesarias para el caso de requerir algún bien o servicio que cuente con registro de derechos de propiedad industrial o intelectual, a fin de llevar a cabo la prestación del servicio por el cual se le está contratando.

En caso de desatender el "PRESTADOR DE SERVICIOS" la presente obligación, ésta no será cubierta por la fianza estipulada en el presente contrato, dada la magnitud y trascendencia de los daños que se le pueden causar a "LA ENTIDAD" por la difusión o mal empleo de dicha información.

IX. A responder por sus actividades u omisiones, y que por éstas originen algún menoscabo a "LA ENTIDAD", en caso de incumplir con alguna de estas obligaciones.

X. A entregar y hacer las devoluciones de las cantidades que como pago en exceso hubiere recibido, así como los intereses que se generen por el atraso en la entrega de las mismas.

XI. GARANTIA.- A otorgar y constituir una Fianza para el caso de que la prestación del servicio materia del presente no sea prestado en su totalidad y en tiempo. Dicha fianza, deberá ser expedida por Compañía legalmente autorizada para ello; siendo a favor de (la Tesorería o a quién corresponda), por un importe equivalente al ___% por ciento del costo total del servicio, siendo por el monto de \$_____, de conformidad con lo estipulado en la cláusula SEGUNDA, del presente. "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", queda obligado a entregar a "LA ENTIDAD" la fianza en cuestión dentro de los _____ días naturales siguientes a la firma del presente instrumento. "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" queda obligado a mantener vigente la fianza mencionada, y en su caso a tramitar su incremento, de acuerdo con las modificaciones que en su caso se lleven a cabo en tanto permanezca en vigor el presente contrato, y durante la substanciación de todos los recursos legales o juicios que se interpongan, hasta que se dicte resolución definitiva por autoridad competente, en la inteligencia de que dicha fianza sólo podrá ser cancelada mediante autorización expresa y por escrito por parte de "LA ENTIDAD". Lo anterior de acuerdo con lo establecido en los artículos ____ de la (Ley de Adquisiciones, Arrendamientos o su correlativa en el Estado) y ___ de su Reglamento.

QUINTA.- DE LAS OBLIGACIONES DE "LA ENTIDAD":

I. Se compromete a entregar la contraprestación de pago al "PRESTADOR DE SERVICIOS" una vez que haya concluido las gestiones y labores correspondientes del objeto materia del presente, así como la entrega de las facturas o recibos de honorarios originales que correspondan. Siempre y cuando estén debidamente aprobados por la Dirección General de la _____ (poner el nombre de el/la responsable que haga la aprobación para el pago).

II. A reclamar y exigir el cumplimiento de los servicios faltantes o mal ejecutados, por vicios ocultos o por pago de lo indebido.

III. A no entregar ni hacer efectivo el pago en caso de que el "PRESTADOR DE SERVICIOS" no preste los servicios o no lleve a cabo la (asesoría, consultoría, etc. Según corresponda) objeto del presente instrumento con apego a los términos y condiciones establecidas en el mismo.

IV. DE LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO: En su caso, dentro de su presupuesto aprobado y disponible "LA ENTIDAD" podrá acordar con "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", la ampliación en la prestación del servicio contratado, mediante modificaciones al presente instrumento, durante su plazo de ejecución, siempre y cuando el monto total de las mismas no rebase, en conjunto el ___% por ciento de los conceptos y volúmenes establecidos originalmente en este Contrato, y el precio de los servicios sea igual al pactado originalmente; igual porcentaje se aplicará a las modificaciones o prórrogas que se efectúen respecto del plazo de ejecución del presente instrumento. Cualquier modificación a este contrato, deberá formalizarse por escrito. Lo anterior con fundamento en el artículo ____ de la (Ley de Adquisiciones, Arrendamientos o su correlativa en el Estado) y el artículo ___ de su Reglamento. No se aceptarán opciones ni modificaciones que demeriten las especificaciones y calidad del servicio materia del presente instrumento.

V. DE LA SUPERVISION O VIGILANCIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO: A realizar las visitas necesarias para la revisión y vigilancia del cumplimiento o avance de los trabajos a realizar materia del presente. Y sea por ella o a través de (nombre de la persona o área encargada), está facultada para supervisar, vigilar y validar en todo tiempo, el debido cumplimiento de las obligaciones contraídas por "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" en el presente instrumento.

A reportar a "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", las irregularidades que en el servicio se presenten en el término de su duración.

A otorgar las instrucciones necesarias y que estime convenientes relacionadas con el servicio contratado de acuerdo a las especificaciones requeridas.

VI. A sancionar al "PRESTADOR DE SERVICIOS" en caso de incumplimiento, de conformidad con lo que se establezca en el apartado de penalizaciones, causas de terminación o rescisión del contrato según corresponda.

VII. DE LAS DEDUCCIONES: A aplicar las deducciones correspondientes al pago, en caso de que "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" por motivo de incumplimiento parcial o deficiente del servicio en que incurra respecto del objeto del contrato. En tal caso, se establecerá un límite de deducción de las facturas de que se le cubran al "PRESTADOR DE SERVICIOS", y será por el _____% del importe de cada una de ellas, dicha deducción no podrá exceder del importe de la garantía del contrato; para dar cumplimiento con lo establecido en el artículo ____ de la (Ley de Adquisiciones, Arrendamientos o su correlativa en el Estado) y el capítulo __, numeral ____ de las Políticas, Bases y Lineamientos de _____.

SEXTA.- CAUSAS DE TERMINACION ANTICIPADA:

I. "LA ENTIDAD" podrá dar por terminado anticipadamente el presente contrato cuando ocurran razones de interés general, o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir los servicios objeto del presente, y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas, se ocasionaría algún daño o perjuicio de "LA ENTIDAD".

Si este fuera el caso, "LA ENTIDAD" comunicará al "PRESTADOR DE SERVICIOS" las razones o las causas debidamente justificadas, que dieran origen a dicha determinación, lo cual se sustentará a través de un dictamen, mismo que será notificado dentro de los ____ tres días hábiles siguientes a los que se actualicen las hipótesis de terminación anticipada.

II. Cuando se termine anticipadamente un contrato, "LA ENTIDAD" pagará al "PRESTADOR DE SERVICIOS" los trabajos ejecutados, así como los gastos no recuperables, siempre que estos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato, conforme lo dispone el artículo _____, ____ de la (Ley de Adquisiciones, Arrendamientos o su correlativa en el Estado) y ____ de su Reglamento.

III. DEL CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR: "LA ENTIDAD" y el "PRESTADOR DE SERVICIOS", no serán responsables de cualquier atraso, incumplimiento o suspensión temporal del presente contrato que resulten por casos fortuitos o de fuerza mayor. La falta de previsión del "PRESTADOR DE SERVICIOS", que impida el cabal cumplimiento de las obligaciones del presente contrato no se considerará caso fortuito o de fuerza mayor.

Se entiende por caso fortuito o de fuerza mayor, de manera enunciativa mas no limitativa, aquellos hechos o acontecimientos ajenos a la voluntad de cualquiera de las partes, tales como: huelgas y disturbios laborales, siempre y cuando no se haya dado causa o contribuido a ellos, motines, cuarentenas, epidemias, guerras (declaradas o no), bloqueos, disturbios civiles, insurrecciones, incendios, entre otros.

Ante el evento de caso fortuito o de fuerza mayor que impida parcial o totalmente la ejecución del presente contrato, el mismo podrá darse por terminado por cualquiera de las partes mediante aviso por escrito, dentro de los ____ días naturales siguientes a que esta circunstancia haya ocurrido.

De igual forma, acuerdan que en el caso de que dicho evento desapareciera y que las partes estuvieran en posibilidad de reanudar el cumplimiento de sus obligaciones, el presente seguirá instrumento seguirá surtiendo sus efectos de pleno derecho a partir del momento en que se formulen y reciban las notificaciones que al respecto deben constar por escrito.

SEPTIMA.- DE LA PENA CONVENCIONAL:

I. Ambas partes acuerdan, que si "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" incumple con sus obligaciones, éste deberá pagar como pena convencional a "LA ENTIDAD", el ____% ____ por ciento que corresponda al valor del servicio no prestado oportunamente por cada día natural de atraso, la cual será calculada y aplicada por (establecer el nombre del área o unidad que la deba aplicar), misma que no podrá exceder del monto de la garantía de cumplimiento del presente contrato, de conformidad con el artículo _____ de la (Ley de Adquisiciones, Arrendamientos o su correlativa en el Estado) y el artículo ____ de su Reglamento, el cual se aplicará a la fianza de cumplimiento a favor de la (Tesorería o a quien corresponda), de conformidad con el mismo ordenamiento. Así como lo establecido en el Capítulo __, numeral ____ de las Políticas, Bases y Lineamientos de _____.

En caso de que la prestación del servicio, no se ajuste a las características del servicio ofrecido por el "PRESTADOR DE SERVICIOS", "LA ENTIDAD" no liquidará al mismo, hasta en tanto no lo subsane.

OCTAVA.- RESCISION ADMINISTRATIVA:

I. El incumplimiento de las obligaciones que asume "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" por virtud de este Contrato, faculta a "LA ENTIDAD" para darlo por rescindido administrativamente sin ninguna responsabilidad a su cargo. Dicha rescisión operará de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial, bastando para ello que "LA ENTIDAD" comunique a "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" por escrito tal determinación; además si "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" incurre en alguno de los siguientes supuestos:

- a) Si no ejecuta los servicios en los términos previstos en el presente Contrato.
- b) Si suspende injustificadamente la ejecución de los servicios.
- c) Por desatención de las recomendaciones que por escrito emita "LA ENTIDAD", en el ejercicio de sus funciones derivadas del presente Contrato.
- d) Por negativa a repetir o negarse a efectuar los trabajos que "LA ENTIDAD" no acepte por deficientes.
- e) Si cede, traspasa o subcontrata la totalidad o parte de los servicios contratados.
- f) Si no contrata o falta de renovación de las pólizas de seguros y fianzas para la garantía de cumplimiento del presente contrato.

II. PROCEDIMIENTO DE RESCISION: La "ENTIDAD" podrá rescindir administrativamente el presente contrato:

En cualquier momento a partir del incumplimiento de "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", de alguna de las obligaciones que derivan de este Contrato, o en caso de que se actualicen una o varias de las hipótesis previstas en la cláusula anterior.

Consistiendo el procedimiento de rescisión de conformidad con el artículo ____ de la (Ley de Adquisiciones, Arrendamientos o su correlativa en el Estado).

En este caso, la "SECRETARIA" requerirá por escrito a "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", para que dentro de los ____ días hábiles, contados a partir del acuse de recibo del escrito en el que se señalan él o los incumplimientos, exponga lo que a su derecho convenga y aporte las pruebas que estime pertinentes.

Transcurrido dicho término, considerando los argumentos y pruebas que hubiere hecho valer "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", la "ENTIDAD" emitirá la resolución correspondiente, la cual deberá ser comunicada por escrito dentro de un plazo de ____ días hábiles siguientes al término señalado en el párrafo que precede, debidamente fundada y motivada.

Lo anterior, de acuerdo a las disposiciones establecidas en los artículos ____ de la (Ley de Adquisiciones, Arrendamientos o su correlativa en el Estado) y ____ de su Reglamento.

NOVENA.- LEGISLACION:

Las partes se obligan a sujetarse estrictamente para la ejecución de los trabajos objeto de este contrato, a todas y cada una de las cláusulas y anexos que lo integran, así como a los términos, lineamientos, procedimientos y requisitos que establece la Pública Ley Orgánica del Poder Ejecutivo para el Estado de _____, Ley General de Salud, Ley de Adquisiciones, Arrendamientos o su correlativa en el Estado) y su Reglamento; y demás normas y disposiciones administrativas que le sean aplicables, así como supletoriamente el Código Civil _____, Ley de Procedimiento Administrativo, Código de Procedimientos Civiles y demás disposiciones aplicables.

DECIMA.- JURISDICCION Y COMPETENCIA:

Para la interpretación y cumplimiento del presente contrato, así como para todo aquello no esté estipulado en el mismo, las partes se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales _____ de la Ciudad de _____, en consecuencia, las partes renuncian al fuero que les pudiera corresponder por razones de su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

En constancia de lo anterior y manifestando su voluntad para la celebración del presente instrumento legal, y leídas las declaraciones y cláusulas por las partes y enteradas de su contenido y alcance, lo firman de conformidad, en ____ ejemplares, en la Ciudad de _____, estado de _____, el día ____ de _____ de 200__.

Por "LA ENTIDAD"

Por "EL PRESTADOR DE SERVICIOS"

Nombre de la persona que firma

EL/LA C. _____

(Descripción del cargo)

Anexo 3**Modelo de Convenio de Gestión para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud**

CONVENIO DE GESTION PARA LA EJECUCION DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD, EN MATERIA DE _____, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL REGIMEN ESTATAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD DE xxxxxxxx POR CONDUCTO DEL SERVICIO ESTATAL DE SALUD DE (SEGUN SEA EL CASO PODRA SER SECRETARIA DE SALUD, ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO O BIEN INSTITUTO DEPENDIENDO DE CADA ENTIDAD FEDERATIVA) AL CUAL ESTA ADSCRITO, REPRESENTADO POR xxxxxxxxxxxxxx; A QUIEN EN ADELANTE SE LE DENOMINARA "EL REPSS", Y POR LA OTRA PARTE, LA UNIDAD MEDICA _____, REPRESENTADA POR (QUIEN TENGA FACULTADES PARA SUSCRIBIR CONVENIOS), DR. _____, ASISTIDO POR _____ (INCLUIR EL CARGO), AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS:

ANTECEDENTES

- I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece, en su artículo 4o., párrafos tercero y sexto, el derecho de las personas a la protección de la salud, disponiendo que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; así como el derecho que tienen los niños y las niñas a la satisfacción de sus necesidades de salud.
- II. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 dentro del eje tres, propone en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a los servicios médicos de calidad, a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de Salud, y en cuanto a la política social establece el compromiso de elevar el nivel de salud de los mexicanos, reducir las desigualdades, garantizar un trato adecuado a los usuarios, ofrecer protección financiera en salud y fortalecer el sistema de salud.
- III. Que el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se encuentra estructurado en torno a cinco grandes objetivos de política social: 1.- Mejorar las condiciones de salud de la población, 2.- Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; 3.- Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; 4.- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal; 5.- Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo.
- IV. Con fecha 15 de mayo de 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, mediante el cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud, en adelante "EL SISTEMA", como un mecanismo de protección financiera 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, de conformidad con el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud.
- V. Al efecto, los Convenios de Gestión se convierten en un instrumento que permite fortalecer a los establecimientos para la atención médica de los Servicios Estatales de Salud y establecer criterios homogéneos y transparentes en la atención de los beneficiarios del Sistema, así como optimizar las relaciones entre los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y los establecimientos para la atención médica.
- VI. Con fecha ----- se celebró Acuerdo de Gestión para la prestación de servicios de Salud, cuyo objeto consiste en establecer los lineamientos y especificaciones sobre los cuales los servicios de salud prestan servicios médicos, en lo sucesivo "EL ACUERDO MARCO".

DECLARACIONES

I.- "EL REPSS", por conducto del "SESA" y/o "OPD" al cual está adscrito, (según sea el caso) y/o a través de su representante declara:

I.1.- Que es una unidad administrativa que está adscrito al Servicio Estatal de Salud de _____, que es un Organismo Público Descentralizado del Estado de _____, creado mediante (Ley o Decreto) publicado en el Periódico Oficial del Estado de _____ con fecha _____; con personalidad jurídica y

patrimonio propios y con atribuciones para realizar todas aquellas acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes del Estado de _____, de conformidad con lo dispuesto en (citar las disposiciones aplicables)

I.2.- Que dentro de sus (objetivos o funciones) se encuentran los de _____, de conformidad con lo establecido en (_____ Ley o Decreto)

I.3.- Que tiene atribuciones para administrar los recursos humanos, materiales y financieros que conforman su patrimonio, con sujeción a las disposiciones legales aplicables, de conformidad con lo dispuesto en el artículo ____, de (Ley o Decreto que lo crea),

I.4.- Que cuenta con los elementos técnicos, materiales y humanos para dar cumplimiento al presente Convenio.

I.5.- Que el Director General del REPSS acredita su personalidad con la escritura pública número _____ (o bien puede ser Decreto o Acuerdo delegatorio de facultades).

I.6.- Que señala como domicilio para los efectos de este Convenio, el ubicado en _____ número _____, Colonia _____, de la Ciudad de _____, C.P. _____.

II.- La "UNIDAD MEDICA" a través de su representante declara:

II.1.- Que es un establecimiento médico regulado conforme (MENCIONAR QUE REGULACION JURIDICA TIENE).

II.2.- Que dentro de sus (objetivos o funciones) se encuentran los de prestar servicios de atención médica de xxxxx, de conformidad con lo establecido en (_____)

II.3.- Que se encuentra facultado para celebrar el presente instrumento de conformidad con lo dispuesto en los artículos _____

II.4.- Que cuenta con los elementos técnicos, materiales y humanos para dar cumplimiento al presente Convenio.

II.5.- Que está inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la clave _____

II.6.- Que su Director General acredita su personalidad con el nombramiento otorgado por _____, de fecha _____.

II.7.- Que señala como domicilio para los efectos de este Convenio, el ubicado en _____ número _____, Colonia _____, de la Ciudad de _____, C.P. _____.

II.8.- Que al contar con la certificación y /o acreditación vigente ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, dará cumplimiento al objeto del presente convenio.

III.- Declaran ambas partes:

III.1.- Que conocen y aplican lo estipulado en _____ (incluir la normatividad aplicable en materia estatal).

III.2.- Que de este convenio se fijarán las bases para llevar a cabo la ejecución de la prestación de servicios médicos a los beneficiarios del Sistema de Protección Social "Sistema" por conducto de ----- (puede ser una jurisdicción sanitaria) a través de las Unidades Médicas de su adscripción, en términos del artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

III.3.- Que de este convenio se precisarán la cobertura de afiliados, condiciones de calidad, la tutela de los derechos de los usuarios, la asignación de recursos o reposición de fondos para la atención a los beneficiarios del Sistema, y los criterios de evaluación y seguimiento de sus actividades.

III.4.- Que este convenio es derivado de la suscripción del "EL ACUERDO MARCO", que forman parte del Convenio de Colaboración para el impulso de Programas y Proyectos financiados por la administración del Seguro Popular y los Organismos Descentralizados de las Entidades Federativas, celebrado el -----

Las partes acuerdan celebrar el presente convenio al tenor de las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA.- OBJETO. El presente Convenio de Gestión y sus Anexos que forman parte integrante del mismo, tienen por objeto fijar las bases para llevar a cabo la ejecución de la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, considerando las intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (**CAUSES**), así como proporcionar los insumos y medicamentos que se encuentran contenidos en el ANEXO I y II.

El presente instrumento jurídico busca coordinar las facultades, atribuciones y obligaciones de "EL REPSS" y "LA UNIDAD MEDICA" en el ámbito de sus respectivas competencias en materia de salubridad general, a fin de dar cumplimiento a lo establecido en (INCLUIR NORMATIVIDAD ESTATAL APLICABLE), respecto a la atención de los beneficiarios de "EL SISTEMA" (ver hasta qué nivel de atención, dependiendo de la unidad con la que se suscriba el presente instrumento), en materia de _____ (Materia de regulación: Seguro Popular, SMNG, Programa de Caravanas, Programa Desarrollo Humano Oportunidades, etc.).

De conformidad con lo señalado en el artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, las obligaciones que se regulan en este instrumento son bajo los conceptos que a continuación se mencionan, de manera enunciativa mas no limitativa:

- **a.-** La cobertura de afiliados;
- **b.-** Condiciones de calidad;
- **c.-** La Tutela de los derechos de los usuarios;
- **d.-** La asignación de recursos o reposición de fondos para la atención a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud;
- **e.-** Los criterios de evaluación, y
- **f.-** El seguimiento de sus actividades.

SEGUNDA.- OBLIGACIONES DE "EL REPSS". "EL REPSS" se obliga a:

I.- Llevar a cabo acciones con la finalidad de promover la incorporación de familias al Sistema, su afiliación y verificar que la "UNIDAD MEDICA" cumpla con la atención médica, tratamientos y otorgamiento de medicamento a los beneficiarios.

II.- Mantener informado a (puede ser las jurisdicciones), sobre el padrón actualizado de las familias afiliadas en su circunscripción.

III.- Realizar el seguimiento y evaluación del Convenio de Gestión con la finalidad de evaluar la calidad de atención médica en el establecimiento de "LA UNIDAD MEDICA" de acuerdo a los calendarios, los contenidos y los criterios que se establecen en el Anexo III.

IV.- A través del sistema de información existente, "EL REPSS" conformará una base de datos que contenga nombre, diagnóstico "de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE" y demás datos que hagan posible la verificación de las intervenciones otorgadas en forma trimestral.

V.- Realizar las acciones procedentes para dar seguimiento a los derechos de los beneficiarios.

VI.- Cumplir acuerdos, compromisos y recomendaciones que se deriven de las acciones de seguimiento acordadas.

VII.- En el ejercicio de sus funciones delegadas de planificación, implantación y evaluación, tiene la responsabilidad de valorar y hacer seguimiento de las prestaciones de servicios de salud que otorguen la Unidad Médicas. Esta responsabilidad se concreta en la necesidad de vigilar que las Unidades Médicas cumplan con su compromiso.

VIII.- Garantizar, para efectos del artículo 77 Bis 1 y artículo 4o. Transitorio de la Ley General de Salud, que las unidades médicas prestadoras de los servicios esenciales y de los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos sean sujetas a los requerimientos para la acreditación y certificación de su calidad, sin menoscabo del cumplimiento de otras disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables en la materia.

IX.- Realizar procedimientos de recolección de información a través de la instrumentación de encuestas, cuestionarios, y/o entrevistas personales, con el fin de conocer la percepción de los pacientes de los servicios ofertados, estipulados en el Anexo IV.

X. En caso de que la "UNIDAD MEDICA" no otorgue el servicio a los afiliados al Sistema de forma gratuita, en términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables, aplicar el procedimiento establecido en el Anexo VII de este instrumento.

TERCERA.- OBLIGACIONES DE "LA UNIDAD MEDICA", se obliga a:

I.- Desarrollar e implementar las acciones necesarias para la oportuna atención médica de consulta externa, quirúrgica y hospitalaria, de acuerdo a las intervenciones descritas en el Anexo V del presente Convenio de Gestión.

II.- Atender a los pacientes afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, que previamente se identifiquen como beneficiarios del Sistema, presentando la credencial o la póliza de afiliación correspondiente.

III.- Proporcionar a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, los servicios de atención médica externa, quirúrgicos y hospitalarios, con trato digno y atención médica efectiva, ética y segura, prescritos por el personal autorizado, conforme a lo estipula el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) incluido en el Anexo VI .

IV.- Otorgar a todos los afiliados al SPSS la Cartilla Nacional correspondiente a su edad que deberá presentar cada vez que amerite atención médica y mantener actualizados los servicios de prevención que se incluyen como requisito de coparticipación con el sistema y fomentar acciones encaminadas a la prevención y promoción a la salud.

V.- Garantizar que el paciente cuente con un expediente clínico individual impreso o electrónico que incluya historia clínica, padecimiento actual y todos los requisitos de fondo y forma que estipula la Norma Oficial Mexicana 168-SSA01-1998.

VI.- Informar a los afiliados que existe un Módulo de Orientación y Afiliación en cada uno de los hospitales de la red de servicios para la actualización de datos familiares, pérdidas de documentos y orientación general sobre la afiliación de familias.

VII. Garantizar la disponibilidad y suministro oportuno de los medicamentos que requiere cada una de las intervenciones del Catálogo de Universal de Servicios de Salud, que incluya en su gran mayoría Genéricos Intercambiables (G.I.), procurando tener el abasto y el surtimiento de medicamento al 100% como se establece en el Anexo II listado de medicamentos asociados al CAUSES).

VIII.- Establecer los procedimientos de orientación y asesoría a los afiliados y sus familiares del Sistema de Protección Social en Salud, sobre el acceso, uso, alta y contrarreferencia de los servicios materia de este Convenio de Gestión.

IX.- Contar con los sistemas de información adecuados para la implementación de los mecanismos de seguimiento y monitoreo de las acciones acordadas en el presente instrumento jurídico.

X.- Proporcionar a "EL REPSS", de forma trimestral los registros de los afiliados atendidos en el periodo, y toda la información necesaria para realizar las acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación de este Convenio de Gestión.

XI. Dar acceso a las instalaciones, así como a los expedientes con los que cuenten, para la realización de auditorías que pudiera realizar el Asesor médico y/o "EL REPSS", durante la vigencia de este Convenio de Gestión.

XII. En caso de que no otorgue el servicio a los afiliados al Sistema de forma gratuita, en términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables, someterse al procedimiento establecido en el Anexo VII de este instrumento.

CUARTA.- ACCIONES DE SEGUIMIENTO. Con la finalidad de realizar un adecuado desarrollo de este Convenio de Gestión, las partes determinan la realización de acciones de seguimiento necesarias. En estas acciones de seguimiento deberá considerarse la participación de representantes de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, "EL REPSS", "EL OPD" y/o "UNIDAD MEDICA".

Las acciones de seguimiento tienen como objetivo ponderar el estado de avance de las prestaciones de servicio de salud otorgados, acompañar el proceso de monitoreo y de evaluación de estos, y proponer, si procede, la inclusión de nuevos servicios de salud o exclusión de algunos.

QUINTA.- ACUERDO INTERNO. Las partes reconocen que las obligaciones que se estipulen en el presente convenio fungen como Acuerdo Interno dentro de la Entidad Federativa xxxxxxxxxxxxxxxx y que se obligan bajo la personalidad que acreditan en términos de las Declaraciones y bajo la rectoría en la prestación de servicios médicos de este Servicio Estatal de Salud competente.

Asimismo, reconocen en los términos que se obligan que el Sistema de Protección Social en Salud tiene como objeto principal el proporcionar servicios de salud, servicios de atención médica externa, quirúrgicos y hospitalarios, con trato digno y atención médica efectiva, ética, segura y gratuita, prescritos por el personal autorizado, conforme a lo estipula el CAUSES a los afiliados al propio Sistema.

En caso de que "LA UNIDAD MEDICA" no otorgue el servicio a los Afiliados en un estado de gratuidad se llevará a cabo el procedimiento establecido en el Anexo VII, en los términos en que se obligan las partes conforme a las Cláusulas Segunda y Tercera, en el ámbito de sus competencias.

SEXTA.- ACCESO A LA INFORMACION. La información y actividades que se presenten, obtengan, o produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento, serán clasificadas atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y su Reglamento, por lo que las partes se obligan a guardar estricta confidencialidad respecto a la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente convenio.

SEPTIMA.- COLABORACION. "LA UNIDAD MEDICA" se obliga a dar cumplimiento a la normatividad respectiva que permita el análisis y evaluación integral del Sistema de Protección Social en Salud.

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

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

NOVENA.- CONTROL Y SUPERVISION DE RECURSOS. El control y supervisión de los recursos a que se refiere el presente convenio se realizará conforme a las disposiciones jurídicas vigentes aplicables, y conforme a las atribuciones y facultades que corresponda a cada una de las partes, y en los términos del presente convenio, que permitan el efectivo control de los recursos objeto del presente instrumento.

DECIMA.- 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.

Invariablemente, el caso fortuito o la fuerza mayor, en su caso, deberá estar debidamente acreditado.

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

DECIMA SEGUNDA.- RECONOCIMIENTO CONTRACTUAL. Este convenio y su anexos, constituyen el acuerdo entre las partes en relación con el objeto del mismo obligándolas a su observancia y cumplimiento; no existiendo dolo o mala fe en su contenido, entendiéndose que las obligaciones y condiciones pactadas constituyen el acuerdo entre las partes.

DECIMA TERCERA.- DENOMINACION DE LAS CLAUSULAS. Las partes están de acuerdo en que las denominaciones utilizadas en las Cláusulas del presente instrumento, se han incorporado con el único propósito de facilitar su lectura; por tanto, no necesariamente definen ni limitan el contenido de las mismas. Para efectos de interpretación de cada Cláusula deberá atenderse exclusivamente a su contenido y de ninguna manera a su título.

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

a) Recurriendo y apoyándose en las gestiones de la Comisión de Evaluación y Seguimiento;

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

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

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

DECIMA SEXTA.- VIGENCIA. El presente Convenio comenzará a surtir efectos a partir de la fecha de su suscripción y tendrá una vigencia sujeta al cumplimiento del objeto del presente instrumento.

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

DECIMA OCTAVA.- ANEXOS. Las partes reconocen como Anexos integrantes del presente Convenio de Gestión, los que se mencionan a continuación, mismos que se renovarán cuantas veces sea necesario y conforme a la voluntad expresa de las partes, con el solo fin de mantener vigente el presente instrumento jurídico, y que además tienen la misma fuerza legal que el presente convenio:

- ANEXO I.-** Insumos
- ANEXO II.-** Medicamentos
- ANEXO III.-** Verificación de calidad en el servicio de atención médica.
- ANEXO IV.-** Formatos de encuestas, cuestionarios, y/o entrevistas personales.
- ANEXO V.-** Intervenciones hospitalarias y médicas.
- ANEXO VI.-** CAUSES
- ANEXO VII.-** Procedimiento de reembolso.

El presente instrumento les fue leído y explicado en todos sus alcances jurídicos a las partes estando enteradas las partes del contenido y alcance legal, lo firman por cuadruplicado a los días del mes de del año dos mil (año de suscripción del convenio).

POR EL OPD

POR "LA UNIDAD MEDICA"

DR. -----
DIRECTOR....

DR. _____
DIRECTOR GENERAL DE _____

POR EL REPSS

DR. -----
DIRECTOR DEL REGIMEN DE PROTECCION
SOCIAL EN SALUD

LAS FIRMAS QUE ANTECEDEN CORRESPONDEN AL CONVENIO DE GESTION PARA LA EJECUCION DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD, CELEBRADO ENTRE EL OPD O EL INSTITUTO DEL ESTADO DE Y LA UNIDAD MEDICA CORRESPONDIENTE.....EL DIA _____.

Anexo 4**Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos**

CONVENIO ESPECIFICO EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARA "LA SECRETARIA", REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR LA DRA. MAKI ESTHER ORTIZ DOMINGUEZ, SUBSECRETARIA DE INNOVACION Y CALIDAD, ASISTIDA POR EL DR. JORGE EUGENIO VALDEZ GARCIA, DIRECTOR GENERAL DE PLANEACION Y DESARROLLO EN SALUD (DGPLADES), Y POR LA OTRA PARTE EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE _____, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "LA ENTIDAD", REPRESENTADO POR EL _____, EN SU CARACTER DE SECRETARIO DE FINANZAS Y EL _____, EN SU CARACTER DE SECRETARIO DE SALUD ESTATAL Y/O DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO Y/O TITULAR DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

- I. Con fecha ___ de febrero de 2008, "LA ENTIDAD" y "LA SECRETARIA" celebraron el Acuerdo Marco de Coordinación, en lo sucesivo "EL ACUERDO MARCO", con objeto de facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general, así como para fijar las bases y mecanismos generales a través de los cuales serían transferidos, mediante la suscripción del instrumento específico correspondiente, recursos presupuestarios federales, insumos y bienes a "LA ENTIDAD" para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos del artículo 9 de la Ley General de Salud.
- II. Que de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de "EL ACUERDO MARCO", los Convenios Específicos serían suscritos atendiendo al ámbito de competencia que cada uno de ellos se determine por "LA ENTIDAD", el Secretario de Finanzas y el Secretario de Salud Estatal y/o Director General del Instituto y/o Titular de los Servicios Estatales de Salud (según sea el caso); y por "LA SECRETARIA", la Subsecretaría de Administración y Finanzas, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, por sí mismas, o asistidas por las Unidades Administrativas y/o órganos desconcentrados que cada una tiene adscritas.
- III. Que el Gobierno Federal ha establecido como uno de sus programas prioritarios a impulsar en el año 2008 el de "Caravanas de la Salud", que tiene como objeto acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación y resolutivez, mediante equipos itinerantes de salud a la población que habita en microrregiones con bajo índice de desarrollo humano y de alta y muy alta marginación, que carecen de atención médica oportuna debido a su ubicación geográfica, dispersión y/o condiciones de acceso, en las cuales resulta muy complejo y en algunos casos imposible el establecimiento en corto plazo de unidades médicas fijas.

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

1. Que la Dra. Maki Esther Ortíz Domínguez, en su carácter de Subsecretaría de Innovación y Calidad, tiene la competencia y legitimidad para intervenir en el presente instrumento, de conformidad con lo establecido en los artículos 8 fracción XVI y 9, fracciones II, IV, VIII, IX y X del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, cargo que quedó debidamente acreditado con la copia del nombramiento que se adjuntó a "EL ACUERDO MARCO".
2. Que dentro de las funciones de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, se encuentran las de diseñar, desarrollar e implantar instrumentos para la innovación y la modernización del Sistema Nacional de Salud, fortaleciendo la función rectora y de coordinación de "LA SECRETARIA" con las unidades que lo conforman o que en él participan, vigilando permanentemente en ello el cumplimiento de las políticas y estrategias en materia de equidad, así como coordinar el análisis de la oferta, demanda, necesidades y oportunidades de los servicios de salud para el diseño y desarrollo de propuestas innovadoras, de conformidad con lo establecido en el artículo 25 fracciones I, III, V, VIII, X y XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

3. Que entre los objetivos del Programa de Caravanas de la Salud, se encuentran entre otros, el instrumentar todas las acciones conducentes en la identificación de la población objetivo, la definición de rutas y localidades donde transiten las Caravanas de la Salud, la contratación del personal operativo del programa en las entidades federativas y prestar los servicios de salud a la población objetivo del mismo, todo ello conforme los criterios establecidos en las Reglas de Operación del Programa de Caravanas de la Salud publicadas en el Diario Oficial de la Federación el día 30 de diciembre de 2007.
4. Que cuenta con la disponibilidad presupuestal correspondiente para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente instrumento.
5. Que para efectos del presente Convenio Específico señala como domicilio el ubicado en el número ____ la Calle de ____ Colonia _____, Delegación ____ C.P. ____, en México, Distrito Federal.

II. De "LA ENTIDAD".

1. Que el Secretario de Finanzas, asiste a la suscripción del presente Convenio Específico, de conformidad con los artículos _____ la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____, cargo que quedó debidamente acreditado con la copia del nombramiento que se adjuntó a "EL ACUERDO MARCO".
2. Que el Secretario de Salud Estatal y/o Director General del Instituto y/o Titular de los Servicios Estatales de Salud (según sea el caso), asiste a la suscripción del presente Convenio Específico, de conformidad con los artículos _____ de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____, cargo que quedó debidamente acreditado con la copia del nombramiento que se adjuntó a "EL ACUERDO MARCO".
3. Que sus prioridades para alcanzar los objetivos pretendidos a través del presente instrumento son: Instrumentar todas las acciones conducentes en la identificación de la población objetivo, la definición de rutas y localidades donde transiten las Caravanas de la Salud, la definición de la cartera de servicios conforme a la capacidad instalada en las unidades móviles existentes y el modelo de atención.
4. Que para todos los efectos legales relacionados con este Convenio Específico señala como su domicilio el ubicado en _____.

Una vez expuesto lo anterior y toda vez que la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, dispone en sus artículos 74 y 75, que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizará la ministración de los subsidios y transferencias que con cargo a los presupuestos de las dependencias, se aprueben en el Presupuesto de Egresos, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables, así como a las Reglas de Operación del Programa de Caravanas de la Salud publicadas en el Diario Oficial de la Federación el día 30 de diciembre de 2007. Dichos subsidios y transferencias deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en ella se señalan, las partes celebran el presente Convenio Específico al tenor de las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El presente Convenio Específico y los anexos que forma parte del mismo, tienen por objeto transferir recursos presupuestales federales a "LA ENTIDAD" para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos del artículo 9 de la Ley General de Salud, que permitan a "LA ENTIDAD", realizar los gastos que se deriven de la operación de las ____ Unidades Móviles del Programa de Caravanas de la Salud en el Estado de _____, de conformidad con los Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10, los cuales debidamente firmados por las instancias que celebran el presente Convenio Específico, forman parte integrante de su contexto, en los que se describen: la aplicación que se dará a tales recursos; los compromisos que sobre el particular asumen "LA ENTIDAD" y el Ejecutivo Federal; y los mecanismos para la evaluación y control de su ejercicio.

Los recursos presupuestales que transfiere "LA SECRETARIA", se aplicarán al concepto y hasta por los importes que a continuación se mencionan:

CONCEPTO	IMPORTE
"CARAVANAS DE LA SALUD"	\$ (expresar cantidades en número y letra)

El importe que se transferirá para la operación del concepto a que se refiere el cuadro anterior se precisa en el Anexo 1, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Especifico forma parte integrante de su contexto.

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

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA.- Para la realización de las acciones objeto del presente instrumento, el Ejecutivo Federal transferirá a "LA ENTIDAD" recursos presupuestarios federales hasta por la cantidad de \$_____ (_____ Pesos 00/100 M.N.), con cargo a los recursos presupuestales de "LA SECRETARIA", de acuerdo con los plazos y calendario que se precisan en los Anexos 2 y 3 de este Convenio Especifico.

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

Los recursos federales que se transfieran en los términos de este Convenio Especifico no pierden su carácter federal.

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

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

PARAMETROS

"LA SECRETARIA" verificará, por conducto de la DGPLADES, que los recursos presupuestales señalados en la Cláusula Segunda, sean destinados únicamente para la realización de los gastos que se deriven de la operación de las ___ Unidades Móviles del Programa de Caravanas de la Salud en el Estado de _____, de conformidad con los Anexos del presente instrumento, y por el monto a que se refiere la Cláusula Primera, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal y de acuerdo a los siguientes alcances:

- a) La DGPLADES transferirá los recursos presupuestales asignados a "LA ENTIDAD" a efecto de que sean aplicados específicamente para realizar los gastos que se deriven de la operación de las ___ Unidades Móviles del Programa de Caravanas de la Salud en el Estado de _____, y conceptos citados en la Cláusula Primera del presente instrumento, sin intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice "LA ENTIDAD" para cumplir con el programa físico financiero de obra y de equipamiento, que determine esta última, sin interferir de forma alguna en el procedimiento constructivo y mecanismo de supervisión externo que defina "LA ENTIDAD" durante la aplicación de los recursos presupuestales destinados a su ejecución y demás actividades que se realicen para el cumplimiento de las condiciones técnicas, económicas, de tiempo, de cantidad y de calidad contratadas a través de "LA ENTIDAD".

- b) La DGPLADES considerando su disponibilidad de personal y presupuestal, podrá practicar visitas de acuerdo al programa que se establezca para este fin con "LA ENTIDAD", a efecto de observar los avances físicos, programático-presupuestales, el cual una vez elaborado se integrará al presente instrumento y formará parte integrante de su contexto; asimismo solicitará a "LA ENTIDAD", la entrega del reporte de cumplimientos de metas e indicadores de resultados, así como de la "relación de gastos", mediante el certificado de gasto que se detalla en el Anexo 4, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de su contexto, por el que sustente y fundamente la aplicación de los recursos citados en la Cláusula Segunda del presente instrumento.

Los documentos que integran la relación de gastos, deberán reunir los requisitos que enuncian los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación, y en su caso, "LA SECRETARIA" solicitará la documentación que ampare la relación de gastos antes mencionada.

- c) La DGPLADES solicitará a "LA ENTIDAD" la documentación que permita comprobar la aplicación de los recursos presupuestales transferidos a "LA ENTIDAD" en virtud de este Convenio Específico y solicitará a esta última la comprobación fiscal que sustente y fundamente la aplicación de los recursos citados en la Cláusula Segunda del presente instrumento, mediante la emisión del certificado de gasto, conforme lo establecido en el Anexo 4.
- d) La DGPLADES aplicará las medidas que procedan de acuerdo con la normatividad aplicable e informará a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de "LA SECRETARIA" y ésta a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público el caso o casos en que los recursos presupuestales no hayan sido aplicados por "LA ENTIDAD" para los fines objeto del presente Convenio Específico de conformidad con el Anexo 3, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de su contexto, o bien, en contravención a sus Cláusulas, ocasionando como consecuencia la suspensión de la ministración de recursos a "LA ENTIDAD", en términos de lo establecido en la Cláusula Octava de "EL ACUERDO MARCO".
- e) Los recursos presupuestales que se comprometen a transferir mediante el presente instrumento, estarán sujetos a la disponibilidad presupuestaria y a las autorizaciones correspondientes, de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables y de acuerdo con el calendario que para tal efecto se establezca.

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

OBJETIVO: (ESTABLECER)

META: (ESTABLECER)

INDICADORES DEL DESEMPEÑO: (ESTABLECER)

CUARTA.- APLICACION.- Los recursos presupuestarios federales que transfiere el Ejecutivo Federal a que alude la Cláusula Segunda de este Instrumento, se destinarán en forma exclusiva a los gastos de operación de _____ unidades móviles del Programa de Caravanas de la Salud, por parte de los Servicios de Salud del Estado de _____ (o su equivalente).

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

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

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

QUINTA.- GASTOS ADMINISTRATIVOS.- Los gastos administrativos diferentes a los que se mencionan en el Anexo 8, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de su contexto, quedan a cargo de "LA ENTIDAD".

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

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

Asimismo, se compromete a mantener bajo su custodia, a través de la unidad ejecutora la documentación comprobatoria original de los recursos presupuestarios federales erogados, hasta en tanto la misma le sea requerida por “LA SECRETARIA” y, en su caso, por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y/o los órganos fiscalizadores competentes de la Secretaría de la Función Pública, así como la información adicional que estas últimas le requieran.

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

- III. Ministran íntegramente a la Unidad Ejecutora los recursos presupuestarios federales a que se refiere el presente instrumento, dentro de los tres días siguientes a que sean radicados dichos recursos en la Secretaría de Finanzas (o su equivalente) de “LA ENTIDAD” por parte de “LA SECRETARIA” a efecto de que la Unidad Ejecutora, esté en condiciones de iniciar las acciones para dar cumplimiento al objeto que hace referencia la Cláusula Primera de este Convenio Específico.
- IV. Informar, a los 10 días hábiles siguientes a la terminación del trimestre de que se trate, a “LA SECRETARIA” a través de la DGPLADES, del avance programático-presupuestario y físico financiero del programa previsto en este Instrumento.
- V. Reportar y dar seguimiento trimestralmente, sobre el avance en el cumplimiento de objetivos e indicadores de desempeño y sus metas, previstos en la Cláusula Tercera de este Convenio Específico, así como el avance y, en su caso, resultados de las acciones que lleve a cabo de conformidad con este Instrumento.
- VI. Los recursos humanos que requiera para la ejecución del objeto del presente instrumento, quedarán bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, y no existirá relación laboral alguna entre éstos y “LA SECRETARIA”, por lo que en ningún caso se entenderán como patrones sustitutos o solidarios.
- VII. Realizar a través de la Secretaría de Salud del Estado o de los Servicios de Salud del Estado (según sea el caso), y de conformidad con el Anexo 9, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de su contexto, los trámites para la contratación del personal que se requiera para la operación del Programa de Caravanas de la Salud y/o para el cumplimiento del objeto de este instrumento, conforme a los requisitos y profesiograma establecido por “LA SECRETARIA”.
- VIII. Informar a “LA SECRETARIA” sobre el avance de las acciones respectivas y, en su caso, la diferencia entre el monto de los recursos transferidos y aquellos erogados, así como los resultados de las evaluaciones que se hayan realizado.
- IX. Mantener actualizados los indicadores para resultados de los recursos transferidos, así como evaluar los resultados que se obtengan con los mismos.
- X. Con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, establecer medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinen los recursos e insumos transferidos.
- XI. Informar sobre la suscripción de este Convenio, al órgano técnico de fiscalización de la legislatura local en “LA ENTIDAD”.

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

- I. Transferir los recursos presupuestarios federales a que se refiere la Cláusula Segunda, párrafo primero, del presente Convenio Especifico de acuerdo con los plazos y calendario establecidos que se precisan en el Anexo 2, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Especifico forma parte integrante de su contexto.
- II. Verificar que los recursos presupuestales que en virtud de este instrumento se transfieran, sean aplicados únicamente para la realización del objeto al que son destinados, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal.
- III. Abstenerse de intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos, convenios o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice “LA ENTIDAD” para cumplir con el objeto para el cual son destinados los recursos presupuestales federales transferidos.
- IV. Realizar visitas de supervisión, solicitar la entrega del reporte fotográfico y el informe de actividades por escrito de los avances en el cumplimiento del objeto del presente instrumento, el reporte de cumplimiento de metas e indicadores de resultados, a efecto de observar los avances físicos y programático-presupuestales, así como de la “relación de gastos” conforme al Anexo 4, que sustenten y fundamenten la aplicación de los recursos a “LA ENTIDAD”, a través de la DGPLADES.

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

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

OCTAVA.- ACCIONES DE VIGILANCIA, INSPECCION, CONTROL Y EVALUACION.- Las partes convienen que “LA ENTIDAD” destine una cantidad equivalente al uno al millar del monto total de los recursos transferidos y aportados en efectivo, a favor de la Contraloría del Ejecutivo Estatal (o su equivalente), para que realice la vigilancia, inspección, control y evaluación de las acciones ejecutadas por administración directa con esos recursos, dicha cantidad será ejercida conforme a los lineamientos que emita la Secretaría de la Función Pública. La ministración correspondiente se hará conforme a los plazos y calendario programados para el ejercicio de los recursos transferidos, para lo que del total de los recursos se restará hasta el uno al millar, y la diferencia se aplicará a las acciones que se detallan en el anexo 1 de este instrumento.

En los términos establecidos en el artículo 82 fracciones IX, XI y XII de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, "LA ENTIDAD" destinará un monto equivalente al uno al millar del monto total de los recursos transferidos para la fiscalización de los mismos, a favor del órgano técnico de fiscalización de la legislatura de "LA ENTIDAD".

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

DECIMA.- MODIFICACIONES AL CONVENIO ESPECIFICO- Las partes acuerdan que el presente Convenio Especifico podrá modificarse de común acuerdo y por escrito, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio Especifico obligarán a sus signatarios a partir de la fecha de su firma y deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de "LA ENTIDAD" dentro de los 15 días hábiles posteriores a su formalización.

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

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

1. Por estar satisfecho el objeto para el que fue celebrado.
2. Por acuerdo de las partes.
3. Por caso fortuito o fuerza mayor

DECIMA SEGUNDA.- CAUSAS DE RESCISION.- El presente Convenio Especifico 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.
- II. Por el incumplimiento de las obligaciones contraídas en el mismo.

Casos en los cuales se procederá en términos de lo establecido en la Cláusula Octava de "EL ACUERDO MARCO".

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

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

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

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

POR "LA SECRETARIA"
LA SUBSECRETARIA DE INNOVACION Y
CALIDAD

POR "LA ENTIDAD"
EL SECRETARIO DE FINANZAS

DRA. MAKI ESTHER ORTIZ DOMINGUEZ
EL DIRECTOR GENERAL DE PLANEACION Y
DESARROLLO EN SALUD

EL SECRETARIO DE SALUD

DR. JORGE EUGENIO VALDEZ GARCIA

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

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

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

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

CONSIDERANDO

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

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

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

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

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

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

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

REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2009**1. Introducción**

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

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

La falta de una cultura del autocuidado de la salud se observa en todos los niveles socioeconómicos. Los efectos negativos secundarios se ven acentuados en las familias pobres debido a las malas condiciones de las viviendas y de los accesos a los servicios básicos. La falta de una cultura preventiva de la salud y los inadecuados hábitos de nutrición e higiene, agudizan los problemas de morbilidad y desnutrición. En la población pobre, coexiste una alta presencia de enfermedades infecto-contagiosas –fácilmente prevenibles– con las crónico-degenerativas que precisan de acciones de salud especializadas.

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

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

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

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

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

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Propiciar el acceso efectivo a servicios de salud de los niños mexicanos menores de cinco años nacidos a partir del 1o. de diciembre del 2006, que al no ser derechohabientes de la seguridad social estén afiliados al Sistema, a través del otorgamiento sin desembolso al momento de recibir los servicios, de atención a la salud de alta calidad en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Los beneficios del SMNG serán adicionales y complementarios a los que actualmente ofrece el Sistema descritos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), Con ello se contribuirá a evitar el empobrecimiento por motivos de salud.

2.2 Objetivos específicos

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

3. Criterios orientadores

3.1 Mejorar la salud de las familias

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

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

3.2 Favorecer el desarrollo humano

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

3.3 Coadyuvar al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

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

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

3.4 Operar con transparencia y rendición de cuentas

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

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

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

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

3.5 Propiciar la coordinación interinstitucional

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

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

3.6 Promover la corresponsabilidad

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

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

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

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

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

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

4. Lineamientos

4.1 Cobertura

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

4.2 Población objetivo

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

4.3 Beneficiarios

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

4.4 Criterios de elegibilidad

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

- a)** Ser mexicanos residentes en el territorio nacional;
- b)** Haber nacido a partir del 1 de diciembre del 2006;
- c)** No ser derechohabientes de la seguridad social o contar con algún otro mecanismo de previsión social en salud;
- d)** Tener derechos vigentes en el Sistema y,
- e)** Que el titular o representante de la familia, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, tramite el alta en el Sistema:
 - Solicite voluntariamente la afiliación del menor y de su familia al Sistema, y
 - Entregue en el MAO del Sistema al momento de su afiliación, copia de la Clave Unica de Registro de Población (CURP) o del Acta de Nacimiento o, en su caso, del Certificado de Nacimiento implementado por la Secretaría, comenzando el inicio de vigencia de derechos del SMNG para los beneficiarios, a partir del día de su afiliación. En caso de no proporcionar alguno de estos documentos, se efectuará por escrito la prevención necesaria para lo cual el titular o representante de la familia tendrá un plazo de hasta 90 días naturales contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza de Afiliación para su entrega.

4.5 Beneficios

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

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

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

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

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

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

4.6 Derechos, obligaciones y corresponsabilidades de los beneficiarios

4.6.1 Derechos

Son derechos de los beneficiarios del SMNG:

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

4.6.2 Obligaciones

4.6.2.1 Corresponsabilidades en materia de salud

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

- a) Adoptar las conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;
- b) Asistir y participar en los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud dirigidos a padres y tutores sobre el cuidado del menor;

- c) Llevar al menor a obtener su esquema de vacunación completa y cerciorarse de su registro en la Cartilla Nacional de Salud del menor;
- d) Llevar al menor a la unidad médica para las revisiones preventivas y registrar su asistencia con la periodicidad siguiente: el recién nacido, dos veces a los 7 y 28 días; durante el primer año de vida, por lo menos cada dos meses; y del segundo al quinto año de vida, cada seis meses, como se muestra en el Cuadro 1;

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

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

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ El mayor de un año ▪ Vacunas ▪ Estimulación temprana ▪ Diarreas y uso del Vida Suero Oral ▪ Infecciones respiratorias agudas ▪ Prevención de accidentes
--	--	--

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

4.6.2.2 Otras obligaciones

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

5. Mecánica de operación

5.1 Instituciones e instancias participantes

5.1.1 Entes normativos

5.1.1.1 Secretaría de Salud

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

5.1.1.2 Comisión Nacional de Protección Social en Salud

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

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

5.1.1.3 Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

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

5.1.2 Entes ejecutores

5.1.2.1 Secretaría de Salud

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

A la Comisión:

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

A la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud:

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

En materia de vacunas:

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

En materia de tamiz auditivo:

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

En materia de implantes cocleares:

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

En materia de fortalecimiento de la red fría:

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

A la Subsecretaría de Innovación y Calidad:

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

5.1.2.2 Entidades Federativas

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

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

5.1.2.3 IMSS e ISSSTE

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

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

5.1.2.4 Prestadores de servicios privados y no gubernamentales

Las instituciones del sector privado del Sistema Nacional de Salud y otros prestadores no gubernamentales podrán prestar sus servicios a los beneficiarios del SMNG cuando los servicios de salud no puedan ser otorgados por los SESA ni por las instituciones de la seguridad social del país, y hayan suscrito previamente convenios de prestación de servicios o de colaboración con los SESA, a través de los Regímenes Estatales, o con la Comisión conforme la normatividad aplicable en la entidad federativa.

5.2 Características de los apoyos para la operación del Programa SMNG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2.2 Pago de intervenciones cubiertas por el SMNG

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

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

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

5.2.3 Pago por prestación de servicios no otorgados por los SESA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2.4 Pago de vacunas

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

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

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

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

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

5.2.6 Implantes cocleares para niños con hipoacusia severa y profunda

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

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

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

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

5.2.8 Fortalecimiento de la red de frío

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

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

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

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

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

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

La transferencia de los recursos por este concepto se hará trimestralmente, de acuerdo a la afiliación reportada por los Regímenes Estatales del trimestre correspondiente, la cual será validada por la Dirección General de Afiliación y Operación de la Comisión en un plazo no mayor a 15 días hábiles después de recibida la información, quien a su vez notificará a la Dirección General de Financiamiento de la Comisión para que se realice la transferencia de los recursos a las entidades federativas, en un plazo no mayor a 5 días hábiles posteriores.

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

5.3.2 Pago de intervenciones cubiertas por el SMNG

El reembolso de intervenciones cubiertas por el SMNG procederá para eventos terminados. En los realizados en unidades médicas acreditadas por la Secretaría se transferirá el monto correspondiente al tabulador señalado en el Anexo 1 de estas Reglas. Para las atenciones realizadas en unidades médicas no

acreditadas, se transferirá el 50% del citado tabulador, el complemento se cubrirá al momento de comprobar la acreditación siempre y cuando esto ocurra en el período de vigencia de estas Reglas de Operación. En ambos casos, los beneficiarios no deberán haber cubierto ninguna cuota de recuperación. Las entidades federativas, a través de los Regímenes Estatales, verificarán que los recursos transferidos sean aplicados para el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud a los beneficiarios del programa, así como de las unidades médicas para la acreditación a que se refiere la regla 5.8.11.

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3.3 Pago por prestación de servicios no otorgados por los SESA

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

5.3.4 Pago de vacunas

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

- Estrategia y programa de aplicación de las vacunas;
- Estado del ejercicio de los recursos transferidos;
- Resultado del proceso de adjudicación y costos;

- Distribución por entidad federativa; y,
- Relación por municipio y localidad de las vacunas aplicadas.

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

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

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

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

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

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

5.3.6 Implantes cocleares para niños con hipoacusia severa y profunda

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

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

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

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

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

5.3.8 Fortalecimiento de la red de frío

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

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

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

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

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

5.4 De los recursos no devengados

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

5.5 Identificación de beneficiarios

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

5.6 Selección de beneficiarios

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

5.7 Padrón de beneficiarios

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

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

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

5.8 Prestación de servicios

5.8.1 Organización de los servicios

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

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

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

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

- a)** Unidad de primer nivel de atención, a los centros de salud y unidades médicas móviles a través de las cuales se proporcionen los servicios de medicina familiar o general, consistentes en la atención integral y continua a las necesidades de salud de los beneficiarios y sus familias; así como las acciones de tipo preventivo de las citas programadas;
- b)** Unidad de segundo nivel de atención, a los establecimientos de salud, incluyendo los hospitales generales y de especialidades, en donde se atienda a los beneficiarios del SMNG que les sean remitidos o se presenten para recibir los diagnósticos y tratamientos, así como los cuidados, servicios e insumos necesarios para la resolución de sus problemas de salud; y

- c) Unidad de tercer nivel, a los establecimientos de alta especialidad, incluidos los institutos nacionales, los hospitales regionales de alta especialidad y las unidades de especialidades médicas que cuenten con la capacidad tecnológica y máxima capacidad de respuesta diagnóstica y terapéutica.

5.8.2 Acceso a los establecimientos de salud

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

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

5.8.3 Criterios para la atención médica de la población beneficiaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuando el médico responsable de la atención del niño y de la familia o médico familiar requiera una interconsulta con un especialista para la evaluación de su paciente, debe solicitarlo con el Formato de Referencia, que deberá entregar al beneficiario. El beneficiario habrá de presentar este formato ante el

especialista para recibir la atención (referencia). Una vez recibido el formato, el médico especialista deberá programar y realizar la evaluación del paciente y determinar, en su caso, un tratamiento. Posteriormente, deberá enviarlo de regreso con el médico responsable de la atención del niño y de la familia o médico familiar para que le dé seguimiento (contra-referencia).

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

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

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

5.8.4 Servicios de laboratorio y gabinete

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

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

5.8.5 Suministro de medicamentos

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

5.8.6 Servicios de cirugía programada

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

Al paciente se le realizarán todos los estudios preoperatorios y de apoyo diagnóstico que se requieran y que se encuentren definidos en el catálogo de los protocolos de las intervenciones del SMNG o, en su caso, del CAUSES o del FPGC. Debe informarse al beneficiario sobre los servicios que cubre y no cubre el SMNG o el Sistema y que pueden ser cobrados a través de cuotas de recuperación o tarifas.

5.8.7 Servicios de urgencia

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

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

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

5.8.8 Servicios de hospitalización

Los beneficiarios que requieran de servicios de hospitalización deberán provenir de consulta externa, urgencias o quirófano. En caso de llegar a través de la consulta externa, el beneficiario debe presentarse al

hospital con una orden de referencia del médico tratante que haya sido autorizada por las autoridades del hospital. Para agilizar este procedimiento es conveniente que el afiliado realice todos sus trámites bajo la tutela del Gestor de Servicios de Salud con objeto de que el servicio sea rápido y eficiente.

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

5.8.9 Expediente clínico

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

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

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

5.8.10 Sobre la prestación indirecta de servicios médicos

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

5.8.11 Garantías en la calidad

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

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

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

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

6. Informes Programáticos Presupuestales

6.1 Programación del gasto

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

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

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

6.2 Ejercicio del gasto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.3 Avances físico-financieros

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

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

6.4 Cierre del ejercicio

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

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

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

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

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

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

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

8. Seguimiento Operativo y Control y Auditoría

8.1 Seguimiento operativo

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

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

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

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

Algunos de los indicadores de seguimiento operativo serán los siguientes:

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

8.2 Indicadores de eficacia y calidad

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

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

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

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

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

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

8.3 Control y auditoría

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

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

9. Evaluación

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

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

10. Transparencia

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

- La papelería, documentación oficial, así como la publicidad y promoción que se adquieran para el desarrollo del SMNG deberán contener la leyenda: "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa."
- La Secretaría, por conducto de la Comisión publicará el padrón de beneficiarios del SMNG conforme a lo previsto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

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

11. Quejas y Denuncias

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

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

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

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

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

- a)** Por escrito: Libremente o a través de los formatos establecidos para tal fin, procurando que se proporcione la información indispensable para dar el curso legal respectivo a cada caso, como es el nombre y firma del peticionario, denunciante o quejoso, domicilio, localidad, municipio, entidad federativa, relación sucinta de hechos, fecha, nombre de la persona o servidor público contra quien vaya dirigida la inconformidad y la institución a la que pertenezca o, en su caso, del prestador de servicio. La población podrá presentar sus quejas, denuncias, peticiones y reconocimientos a través de los siguientes medios e instancias:
 - Personalmente o en los buzones que se encuentren instalados en los MAO del Sistema;
 - Personalmente ante las oficinas del Organó Estatal de Control o ante la Contraloría Interna de la institución de adscripción del servidor público denunciado o responsable de proporcionar el beneficio o ante la contraloría Interna de la Secretaría;
 - Personalmente ante las oficinas de la Comisión; y
 - Personalmente ante las oficinas de los Regímenes Estatales.
- b)** Por teléfono, a los números siguientes:
 - 01-800 71 725-83 de la Comisión, en el horario de 8:00 a 21:00 horas, de lunes a viernes;

- (55) 2000-3100 exts. 3120 y 3121, del Organismo Interno de Control en la Secretaría de Salud;
 - 2000-3000 para el DF y área metropolitana y 01-800-38-624-66 del interior de la República, de Sactel; y
 - A los de los sistemas de atención que operen en cada entidad federativa bajo la dirección de cada Organismo Estatal de Control.
- c) Por medios electrónicos, a través de:
- La página de Internet de la Comisión: www.seguro-popular.salud.gob.mx;
 - Correo electrónico de Sactel: sactel@funcionpublica.gob.mx.

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

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

12. Glosario

BENEFICIARIOS	Niños mexicanos nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 que satisficieron los criterios de elegibilidad y los requisitos de las Reglas de Operación
BENEFICIOS	Intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud, padecimientos incluidos en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, e intervenciones aplicables a los niños que no están considerados en ninguno de los conceptos previos.
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud. Relación de intervenciones médicas, medicamentos y servicios cubiertos por el Sistema de Protección Social en Salud, seleccionados en términos de lo dispuesto por las disposiciones jurídicas aplicables.
CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (CENSIA)	Organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa que tiene entre sus funciones coordinar las acciones del Sistema Nacional de Salud en materia de salud de la infancia y la adolescencia y de vacunación para toda la población en el territorio nacional.
COMISION NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD (COMISION)	Organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa cuya función consiste en ejercer las atribuciones que en materia de protección social en salud le otorgan la Ley General de Salud, el Reglamento correspondiente y los demás ordenamientos aplicables.
FONDO DE PROTECCION CONTRA GASTOS CATASTROFICOS (FPGC)	Fondo sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
IMSS-OPORTUNIDADES	Programa del Gobierno Federal, desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el IMSS, que atiende a las personas que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad social, fundamentalmente de población que se localiza en lugares con gran dispersión geográfica, que viven en ambientes de marginación y pobreza extrema, que está expuesta a situaciones de inequidad de género y que presentan rezagos en cuanto a salud reproductiva.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LINEAMIENTOS	Lineamientos para la Afiliación, Operación e Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2005, así como en sus modificaciones y adiciones publicadas en el mismo medio.
MODULOS DE AFILIACION Y ORIENTACION (MAO)	Espacios físicos fijos y móviles con personal capacitado establecidos por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para afiliar a las familias y proporcionarles la información que soliciten sobre trámites y servicios del Sistema de Protección Social en Salud.

PADRON	Relación nominal que contiene los elementos señalados en las disposiciones jurídicas aplicables, de las familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación.
PEF	Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de noviembre de 2008.
POLIZA DE AFILIACION	Documento emitido por el Sistema de Administración del Padrón que sirve como comprobante de incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.
PROGRAMA SMNG	Programa del Seguro Médico para una Nueva Generación.
REGIMENES ESTATALES DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD	Estructuras administrativas, dependientes de los Servicios Estatales de Salud, encargadas de garantizar las acciones de protección social en salud mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona en el Sistema de Protección Social en Salud, las cuales deberán realizar su actividad de manera independiente de la provisión de servicios de salud.
REGLAS DE OPERACION	Disposiciones a las cuales se sujetan determinados programas y fondos federales con el fin de asegurar la aplicación transparente, eficiente, eficaz, oportuna y equitativa de los recursos públicos asignados a los mismos.
SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD	Acciones que en materia de protección social en salud provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (SESA)	Dependencias y entidades de los gobiernos de las entidades federativas, independientemente de la forma jurídica que adopten, que tengan por objeto la rectoría y la prestación de servicios de salud, ya sea que estas funciones se ejerzan de manera consolidada o bien, se provean de manera independiente por diversas dependencias u organismos públicos de los gobiernos de las entidades federativas.

13. ANEXOS

Estas Reglas de operación se complementan con los siguientes anexos:

- Anexo 1. Listado de intervenciones médicas cubiertas por el SMNG y sus tabuladores correspondientes;
- Anexo 2. Concepto de gastos no cubiertos por el SMNG;
- Anexo 3. Intervenciones cubiertas por el CAUSES del Sistema para menores de 5 años, en el primer y segundo niveles de atención;
- Anexo 4. Intervenciones cubiertas por el FPGC del Sistema para menores de 5 años;
- Anexo 5. Formato de solicitud de recursos para pago de intervenciones cubiertas por el SMNG;
- Anexo 6. Formato de Comprobación por Partida de Gasto CNPSS-SMNG-001;
- Anexo 7. Formato Declaratoria de Caso;
- Anexo 8. Modelo de instrumento específico para la transferencia de recursos federales.
- Anexo 9. Modelo de Convenio Específico de Coordinación Interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al programa federal denominado Seguro Médico para una Nueva Generación a celebrar por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Delegación correspondiente del IMSS y los Servicios Estatales de Salud.
- Anexo 10. Formato de referencia.
- Anexo 11. Procedimiento de afiliación al Seguro Médico para una Nueva Generación.
- Anexo 12. Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del sistema de protección social en salud.

TRANSITORIOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Núm.	Grupo	Enfermedad	Clave CIE-10	Tabulador
1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Tuberculosis del Sistema Nervioso	A17	\$34,502
2		Tuberculosis Miliar	A19	\$33,604
3		Listeriosis	A32	\$22,322
4		Tétanos neonatal	A33.X	\$53,614
5		Septicemia no especificada (incluye choque séptico)	A41.9	\$40,194
6		Sífilis congénita	A50	\$10,721
7		Enfermedad por citomegalovirus	B25	\$19,728
8		Toxoplasmosis	B58	\$23,501
9		Tumores	Tumor benigno de las glándulas salivales mayores (Ránula)	D11
10	Tumor benigno del mediastino		D15.2	\$65,974
11	Hemangioma de cualquier sitio		D18.0	\$36,516
12	Tumor benigno de la piel del labio		D23.0	\$16,319
13	Tumor benigno del ojo y sus anexos		D31	\$33,357
14	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		Hemofilia	D66, D67, D68
15		Púrpura trombocitopénica idiopática	D69.3	\$35,923
16	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Intolerancia a la lactosa	E73	\$20,062

17	Enfermedades del sistema nervioso	Parálisis de Bell	G51.0	\$27,005	
18		Síndrome de Guillain-Barré	G61.0	\$29,139	
19	Enfermedades del ojo	Retinopatía de la prematuridad	H35.1	\$33,836	
20	Enfermedades del oído	Hipoacusia neurosensorial bilateral severa y profunda (Prótesis auditiva externa y sesiones de rehabilitación auditiva verbal)	H90.3	\$30,800	
21		Implantación prótesis cóclea, rehabilitación postquirúrgica y sesiones de rehabilitación auditiva verbal hasta por cinco años.	20.96 a 20.98 (CIE9 mc)	\$102,913	
22	Enfermedades del sistema circulatorio	Miocarditis aguda	I40	\$64,495	
23		Fibroelastosis endocárdica	I42.4	\$22,939	
24		Insuficiencia cardíaca	I50	\$29,709	
25	Enfermedades del sistema respiratorio	Piotórax	J86	\$32,810	
26		Derrame pleural no clasificado en otra parte	J90.X	\$35,408	
27		Derrame pleural en afecciones clasificadas en otra parte		J91.X	\$25,415
28					
29		Neumotórax	J93	\$24,847	
		Parálisis del diafragma	J98.6	\$25,828	
30	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes	K00	\$13,742	
31		Estomatitis	K12	\$12,469	
32		Otras obstrucciones intestinales	K56.4	\$30,774	
33		Constipación	K59.0	\$11,944	
34	Enfermedades de la piel	Síndrome estafilocócico de la piel escaldada (Síndrome de Ritter)	L00.X	\$22,942	
35		Quiste epidérmico	L72.0	\$7,269	
36	Enfermedades del sistema osteomuscular	Artritis piógena	M00	\$39,851	
37		Fascitis necrotizante	M72.6	\$43,656	
38	Enfermedades del sistema genitourinario	Síndrome nefrítico agudo	N00	\$23,928	
39		Uropatía obstructiva y por reflujo	N13	\$39,632	
40		Insuficiencia renal aguda	N17	\$33,880	
41		Divertículo de la vejiga	N32.3	\$38,305	
42		Hidrocele y espermatocele	N43	\$16,739	
43		Torsión del testículo	N44.X	\$18,263	
44		Orquitis y epididimitis	N45	\$17,514	
45		Fístula vesicovaginal	N82.0	\$39,913	
46	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	P00.0	\$50,951	
47		Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de membranas		P01.0	\$17,840
48					
49		Feto y recién nacido afectados por drogadicción materna		P04.4	\$50,951
50					
51					
52	Retardo en el crecimiento fetal y desnutrición fetal	P05	\$50,285		

53	Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer	P08	\$17,840
54			
55	Hemorragia y laceración intracraneal debidas a traumatismo del nacimiento	P10	\$82,672
56			
57	Otros traumatismos del nacimiento en el sistema nervioso central	P11	\$81,714
58			
59	Traumatismo del nacimiento en el cuero cabelludo //(incluye cefalohematoma)	P12	\$13,831
60			
61	Traumatismo del esqueleto durante el nacimiento	P13	\$34,702
62			
63	Traumatismo del sistema nervioso periférico durante el nacimiento	P14	\$25,905
64			
65	Otros traumatismos del nacimiento	P15	\$29,872
66			
67	Hipoxia intrauterina	P20	\$28,134
68			
69	Asfixia al nacimiento	P21	\$28,757
70			
71	Taquipnea transitoria del recién nacido	P22.1	\$17,840
72			
73	Síndromes de aspiración neonatal	P24	\$26,968
74			
75	Neumomediastino originado en el periodo perinatal	P25.2	\$35,002
76			
77	Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26	\$35,002
78			
79	Displasia broncopulmonar originada en el periodo perinatal	P27.1	\$35,791
80			
81	Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve	P38.X	\$23,561
82			
83	Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido	P52	\$53,602
84			
85	Enfermedad hemorrágica del feto y del recién nacido	P53.X	\$25,607
86			
87	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	P55	\$25,045
88			

81		Hidropesía fetal debida a enfermedad hemolítica	P56	\$26,239
		Ictericia neonatal debida a otras hemólisis excesivas	P58	\$24,202
		Ictericia neonatal por otras causas y las no especificadas	P59	\$15,392
		Coagulación intravascular diseminada en el feto y el recién nacido	P60.X	\$44,559
		Policitemia neonatal	P61.1	\$20,293
		Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido	P70	\$20,346
		Trastornos neonatales transitorios del metabolismo del calcio y del magnesio	P71	\$20,112
		Alteraciones del equilibrio del sodio en el recién nacido	P74.2	\$20,112
		Alteraciones del equilibrio del potasio en el recién nacido	P74.3	\$20,112
		Otras peritonitis neonatales	P78.1	\$50,044
		Enterocolitis necrotizante	P77	\$72,503
		Convulsiones del recién nacido	P90.X	\$23,826
		Depresión cerebral neonatal	P91.4	\$35,985
		Encefalopatía hipóxica isquémica	P91.6	\$28,757
82		Anencefalia	Q00.0	\$13,479
83		Encefalocele	Q01	\$32,387
84		Estenosis y estrechez congénitas del conducto lagrimal	Q10.5	\$14,107
85				
86		Otras malformaciones congénitas del oído (Microtia, macrotia, oreja supernumeraria, otras deformidades del pabellón auricular, anomalía de la posición de la oreja, oreja prominente)	Q17	\$17,615
87				
88				
89				
90		Seno, fístula o quiste de la hendidura branquial	Q18.0	\$16,919
91				
92	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Malformaciones congénitas de la nariz	Q30	\$16,280
93		Malformación congénita de la laringe (Incluye laringomalacia congénita)	Q31	\$13,664
94		Malformaciones congénitas de la tráquea y de los bronquios	Q32	\$30,492
95		Malformaciones congénitas del pulmón	Q33	\$31,124
96				
97		Otras malformaciones congénitas del intestino (Incluye divertículo de Meckel, Enfermedad de Hirschsprung y malrotación intestinal)	Q43	\$56,446
98				
99				
100		Malformaciones congénitas de vesícula biliar, conductos biliares e hígado (Incluye atresia de conductos biliares y quiste de colédoco)	Q44	\$66,301
101				
102				
103				

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

Anexo 2. Conceptos de gasto no cubiertos por el SMNG

1	Adquisición de anteojos
2	Cama extra
3	Compra y reposición de prótesis y aparatos ortopédicos, así como pulmón artificial, marcapasos y zapatos ortopédicos
4	Diálisis/hemodiálisis crónica
5	Padecimientos derivados y tratamientos secundarios a radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico
6	Reembolsos médicos de aquellos gastos erogados fuera del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud
7	Insuficiencia renal crónica

8	Renta de prótesis, órtesis y aparatos ortopédicos
9	Sangre y hemoderivados
10	Servicios brindados por programas y campañas oficiales de salud vigentes
11	Servicios de enfermeras y cuidadoras personales
12	Rehabilitación y educación especial para síndromes cromosómicos
13	Traslados en ambulancia aérea
14	Trastornos psiquiátricos mayores que requieran hospitalización
15	Tratamiento dental que requiere servicio de ortodoncia y cirugía maxilofacial, así como prótesis dental
16	Tratamientos en vías de experimentación
17	Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico

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

No. CAUSES	Conglomerado	Intervenciones	CIE	Clave
1	I Salud pública	Vacuna BCG	CIE 9 MC	99.33
2		Vacuna antihepatitis B	CIE 9 MC	99.41
3		Vacuna pentavalente acelular DPaT+Hib+IPV	CIE 9 MC	99.391
4		Vacuna triple viral SRP	CIE 9 MC	99.48
5		Vacuna contra rotavirus	CIE 9 MC	99.5
6		Vacuna anti-influenza	CIE 9 MC	99.52
7		Vacuna DPT	CIE 9 MC	99.392
8		Vacuna antipoliomielítica oral trivalente tipo Sabin	CIE 9 MC	99.41
9		Acciones preventivas para recién nacido	CIE 10	Z10
10		Acciones preventivas para menores de 5 años	CIE 10	Z10
26	II Consulta de medicina general/familiar	Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropriva	CIE 10	D50
27		Diagnóstico y tratamiento de deficiencia de vitamina A	CIE 10	E50
28		Diagnóstico y tratamiento de rubéola	CIE 10	B06.9
29		Diagnóstico y tratamiento de sarampión	CIE 10	B05.9
30		Diagnóstico y tratamiento de varicela	CIE 10	B01.9
31		Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda	CIE 10	J02, J03
32		Diagnóstico y tratamiento de tosferina	CIE 10	A37
33		Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa	CIE 10	H65
34		Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda (resfriado común)	CIE 10	J00
35				
36		Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis	CIE 10	H10
37		Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica	CIE 10	J30
38		Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico	CIE 10	A90

42		Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de diarrea aguda	CIE 10	A09
44		Diagnóstico y tratamiento de candidiasis	CIE 10	B37
46		Diagnóstico y tratamiento de infecciones por Chlamydia - incluye tracoma -	CIE 10	A74
48		Diagnóstico y tratamiento de sífilis	CIE 10	A50
49		Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda	CIE 10	N76.0
50		Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda	CIE 10	N76.1
52		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amebiasis intestinal	CIE 10	A06
53				
58		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis	CIE 10	B77
59		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis	CIE 10	B80
60				
62		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis	CIE 10	A71
63		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis	CIE 10	B68
64		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis	CIE 10	B79
66		Diagnóstico y tratamiento de escabiasis	CIE 10	B86
67		Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis	CIE 10	B85
68		Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales	CIE 10	B35, B36
70		Diagnóstico y tratamiento de celulitis infecciosa	CIE 10	A46, L03
72		Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto	CIE 10	L23
75		Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica	CIE 10	L20
82		Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal	CIE 10	L22
		Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica	CIE 10	L21
		Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A	CIE 10	B15.9
		Otras atenciones de medicina general	CIE 10	R68
87	II Consulta de especialidad	Diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención (TDAH)	CIE 10	F90
97				
98		Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes	CIE 10	E66.0, E43, E44
99		Diagnóstico y tratamiento de Kwashiorkor	CIE 10	E40
100		Diagnóstico y tratamiento de marasmo nutricional	CIE 10	E41
101		Diagnóstico y tratamiento de secuelas de desnutrición	CIE 10	E45
102		Diagnóstico y tratamiento de laringotraqueitis agudas	CIE 10	J04
103				
105		Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa	CIE 10	H65
106		Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda	CIE 10	J01
109		Diagnóstico y tratamiento del asma en niños	CIE 10	J45

113		Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TAES)	CIE 10	A15, Z11.1	
121		Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo	CIE 10	K21	
123		Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito y en adultos	CIE 10	E03.0, E03.1	
		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia	CIE 10	G40	
		Diagnóstico y tratamiento de luxación congénita de cadera	CIE 11	Q65.0 a Q65.6	
126	III Odontología	Prevención de caries y enfermedad periodontal	CIE 10	K03, K05, Z01.2	
127		Sellado de fosetas y fisuras dentales	CIE 10	K02.0, K02.3	
128		Eliminación de caries y restauración de piezas dentales con amalgama, resina o ionómero de vidrio	CIE 10	K02	
130		Extracción de piezas dentarias, incluye restos radiculares y erupcionados	CIE 10	K02	
142	IV Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por salicilatos	CIE 10	T39	
147		Diagnóstico y tratamiento del alacranismo	CIE 10	T63.2	
148		Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, arañas y otros artrópodos	CIE 10	T63.3, T63.4	
151		Extracción de cuerpos extraños	CIE 10	T15 a T19	
152		Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas)	CIE 10	S01, S11, S21, S31, S41, S51, S61, S71, S81, S91	
153		Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve (<i>Glasgow 14-15</i>)	CIE 10	S00.9	
		Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado	CIE 10	L55, T20.1, T21.1, T22.1, T23.1, T24.1, T25.1, T29.1, T30.1	
160	V Hospitalización	Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis	CIE 10	N10	
161		Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis	CIE 10	J21	
163		Diagnóstico y tratamiento de meningitis	CIE 10	G00, G03	
165		Diagnóstico y tratamiento de osteomielitis	CIE 10	M86	
166		Diagnóstico y tratamiento de neumonía en niños	CIE 10	J13, J14, J18	
189		Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico moderado (<i>Glasgow 9-13</i>)	CIE 10	S06	
175		Atención del recién nacido normal	CIE 10	Z37.0	
176		Ictericia neonatal	CIE 10	P58	
177		Diagnóstico y tratamiento del prematuro sin complicaciones	CIE 10	P07.3	
178		Diagnóstico y tratamiento del prematuro con hipotermia	CIE 10	P07.3	
179		Diagnóstico y tratamiento del recién nacido con bajo peso al nacer	CIE 10	P07.1	
191		Manejo hospitalario de crisis convulsivas	CIE 10	R56, G41	
196					

197		Manejo hospitalario de quemaduras de segundo grado	CIE 10	T20.2, T21.2, T22.2, T23.2, T24.2, T25.2, T29.2, T30.2
		Diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva	CIE 9 MC	578
198	VI Cirugía	Laparotomía exploradora	CIE 9 MC	54.11
199		Apendicectomía	CIE 10	K35
203		Diagnóstico y tratamiento de obstrucción intestinal	CIE 10	K56
204		Diagnóstico y tratamiento de perforación gástrica e intestinal	CIE 10	K63.1
209				
210		Tratamiento quirúrgico de hernia hiatal	CIE 10	K44
212		Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hipertrofia congénita de píloro	CIE 10	Q40.0
213		Hernioplastía inguinal	CIE 10	K40
234		Hernioplastía umbilical	CIE 10	K42
235		Circuncisión	CIE 10	N47
240		Orquidopexia	CIE 9 MC	6.25
242		Amigdalectomía con o sin adenoidectomía	CIE 10	J35, J36
243		Palatoplastía	CIE 9 MC	27.6
244		Reparación de labio hendido	CIE 9 MC	27.6
245		Cirugía de acortamiento muscular para estrabismo	CIE 9 MC	15.21
246		Cirugía de alargamiento muscular para estrabismo	CIE 9 MC	15.21
248		Tratamiento quirúrgico de glaucoma	CIE 10	H40
249		Diagnóstico y tratamiento de hidrocefalia	CIE 10	G91
251				
252		Colocación y retiro de diversos catéteres	CIE 9 MC	34.04, 38.91, 38.92, 38.93, 38.95, 59.8
253				
255		Toracotomía, pleurotomía y drenaje de tórax	CIE 9 MC	34.01 a 34.05, 34.09
256		Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de cadera	CIE 10	Q65
257				
258		Tratamiento quirúrgico del pie equino en niños	CIE 10	Q66.0
		Reducción quirúrgica por luxaciones	CIE 10	S43.0, S53.1, S63.0, S63.1, S83.1, S93.0, S93.1
261		Reducción quirúrgica de fractura de clavícula	CIE 10	S42.0
		Reducción quirúrgica de fractura de húmero (incluye material de osteosíntesis)	CIE 10	S42.2, S42.4, S43.2,
		Reducción quirúrgica de fractura de cúbito y radio (incluye material de osteosíntesis)	CIE 10	S52
		Diagnóstico y tratamiento de fracturas de fémur (incluye material de osteosíntesis)	CIE 10	S72

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

FONDO DE PROTECCION CONTRA GASTOS CATASTROFICOS			
No.	Categoría	Enfermedad	CIE 10
1	Diagnóstico y tratamiento de cáncer (niños)	Leucemia aguda linfoblástica	C91.0
2		Leucemia aguda mieloblástica	C92.0
3		Leucemias crónicas	C92.1, C92.7, Q93
4		Síndromes mielodisplásicos	D46
5		Enfermedad de Hodgkin	C81.0, C81.9
6		Linfoma no Hodgkin	C82, C83, C85
7		Histiocitosis	D76
8		Tumor maligno del cerebelo (Meduloblastoma)	C71.6
9		Tumor maligno del encéfalo (Astrocitoma Diferenciado, Astrocitoma Anaplásico/Glioblastoma)	C71.9
10		Tumor maligno del encéfalo (Ependimoma)	C71.9
11		Tumor de células germinales del encéfalo	C71.9
12		Tumores del sistema nervioso central de baja frecuencia	
13		Retinoblastoma	C69.2
14		Tumor maligno de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo (Neuroblastoma)	C47
15		Tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos (Sarcoma de partes blandas)	C49
16		Tumor maligno de los huesos y cartílagos articulares, (Osteosarcoma)	C40, C41
17		Sarcoma de Ewing	C40, C41, C80
18		Tumor maligno del hígado (hepatoblastoma y hepatocarcinoma)	C22
19			

20		Tumor maligno del riñón (Tumor de Wilms)	C64
21		Tumores malignos del riñón (No Wilms)	C64
22		Tumores de células germinales	M906 a M909
		Otros tumores de baja frecuencia	
23	Cuidados intensivos neonatales	Prematurez	P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.3
24		Insuficiencia respiratoria del recién nacido	P22, P23, P28
25		Sepsis neonatal	P35 a P37
26		Atresia esofágica	Q39.0 a Q39.3
27		Atresia/estenosis duodenal	Q41
28		Atresia intestinal	Q41.1, Q41.2, Q41.8, Q41.9
29		Atresia anal	Q42.0 a Q42.3
30		Onfalocele	Q79.2
31		Gastrosquisis	Q79.3
32		Cardiopatías congénitas	Q20 a Q28
33		VIH/SIDA	VIH Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
34	Trasplantes	Trasplante de médula ósea	41.04 - 41.07
35	Rehabilitación de largo plazo	Hipoplasia/displasia renal	Q60.3 a Q60.5, Q61.4
36		Uréter retrocavo	Q62.6
37		Meatos ectópicos	Q62.6
38		Estenosis ureteral	Q62.1
39		Ureterocele	Q62.3
40		Extrofia vesical	Q64.1
41		Hipospadias/epispadias	Q54.0 a Q54.4, Q54.8, Q54.9, Q64.0
42		Estenosis uretral	Q64.2, Q64.3
43		Estenosis del meato uretral	Q64.3
44		Espina bífida	Q76.0, Q05.0 a Q05.9

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

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

Status de Acreditación:	En este rubro las respuestas pueden ser: Acreditación CAUSES, Acreditación FPGC, No Acreditado.
Sexo:	M masculino F femenino
Diagnóstico Principal	Enfermedad principal que motiva la atención del paciente
Tipo de Tratamiento:	Intervención médica o quirúrgica principal
Cuota de recuperación:	Tabulador que la familia hubiera cubierto en caso de pago directo. Nota: Sólo serán incluidos los casos en cuyo pago fue exentado

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

Anexo 7. Formato Declaratoria de Caso**DECLARATORIA DE CASO PARA EL SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION**

FOLIO AFILIACION AL SMNG: _____ REGISTRO CNPSS: _____

I. IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL PACIENTE:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
-----------------	------------------	-----------

EDAD: _____ SEXO: _____ EXPEDIENTE MEDICO: _____

II. UNIDAD MEDICA PRESTADORA DE SERVICIO

NOMBRE:

ENTIDAD FEDERATIVA: _____ ACREDITACION: _____

III. CONFIRMACION DIAGNOSTICACATEGORIA DE GASTO CATASTROFICO: SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION
(No FPGC, No CAUSES)

TIPO:

CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL

OTROS DIAGNOSTICOS: _____

OTROS DIAGNOSTICOS: _____

FECHA DE CONFIRMACION DE DIAGNOSTICO: _____

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: _____

FECHA DE ELABORACION: _____

IV. RESPONSABLES DE LA VALIDACION:

Médico tratante

Funcionario que valida el caso

(Nombre, firma y cédula profesional)_____
(Nombre, firma y cédula profesional)

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

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

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

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

ANTECEDENTES

I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece, en su artículo 4o., párrafos tercero y sexto, el derecho de las personas a la protección de la salud, disponiendo que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; así como el derecho que tienen los niños y las niñas a la satisfacción de sus necesidades de salud.

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

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

III. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 dentro del eje tres, propone en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a los servicios médicos de calidad, a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de Salud, y en cuanto a la política social establece el compromiso de elevar el nivel de salud de los mexicanos, reducir las desigualdades, garantizar un trato adecuado a los usuarios, ofrecer protección financiera en salud y fortalecer el sistema de salud.

IV. Para llevar a cabo el objetivo general del Seguro Médico para una Nueva Generación, cuyo objetivo general se enuncia en el punto II de este apartado, se realizará la transferencia de recursos a las Entidades Federativas, de conformidad con lo que establece la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, que dispone en sus artículos 74 y 75, que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizará la ministración de los subsidios y transferencias con cargo a los presupuestos de las dependencias, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables. Dichas transferencias y subsidios deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en ella se señalan.

V. Con fecha ____ de ____ de 2008, "LA ENTIDAD" y "LA SECRETARIA" celebraron el Acuerdo Marco de Coordinación, en lo sucesivo "EL ACUERDO MARCO", con objeto de facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general, así como para fijar las bases y mecanismos generales a través de los cuales serían transferidos, mediante la suscripción del instrumento específico correspondiente, recursos presupuestarios federales, insumos y bienes a "LA ENTIDAD" para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos del artículo 9 de la Ley General de Salud.

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

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

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

II. Declara "LA ENTIDAD":

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

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

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

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

CLAUSULAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PARAMETROS

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

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

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

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

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

OBJETIVOS: (Establecer)

INDICADORES DEL DESEMPEÑO: (Establecer)

METAS: (Establecer)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

POR "LA SECRETARIA"

POR "LA ENTIDAD"

EL COMISIONADO NACIONAL DE
PROTECCION SOCIAL EN SALUD

EL SECRETARIO DE FINANZAS

MTRO. DANIEL KARAM TOUMEH

DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO
LIC. CARLOS GRACIA NAVA

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

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

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

Concepto	Cantidad	Costo	Importe Total

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

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

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

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

ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIONES

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

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

I.2. Es materia de salubridad general la protección social en salud, la cual es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, de conformidad con lo establecido en los artículos 3 fracción II bis y 77 bis 1 de la Ley General de Salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. Declaran “LAS PARTES” que:

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

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

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

CLAUSULAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por "LA COMISION"

Maestro Daniel Karam Toumeh
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Por "LOS SERVICIOS"

Por "EL IMSS"

Doctor _____
Secretario de Salud del Estado de _____

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

Por el "REPSS"

Doctor _____

Anexo 10 Formato de referencia



HOJA DE REFERENCIA

No. de control: _____

URGENCIA SI _____ NO _____

II

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

III

UNIDAD QUE REFIERE _____

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____

DOMICILIO _____

CALLE	NUMERO	COLONIA
-------	--------	---------

SERVICIO AL QUE SE ENVIA _____

V

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

F.C. _____ PESO _____ TALLA _____

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

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

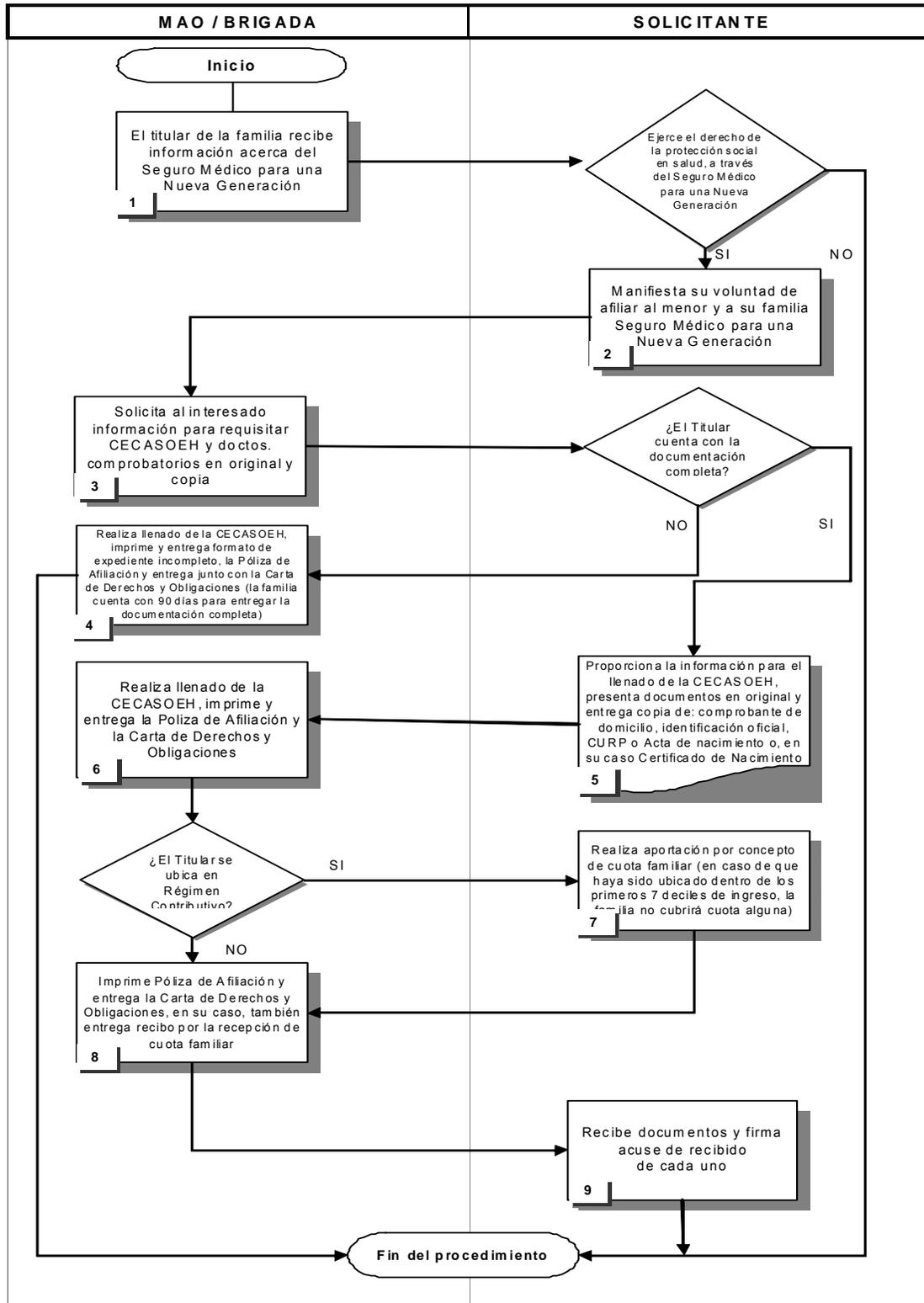
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE

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



PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN AL SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN



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

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

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

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

Capítulo I

Disposiciones Generales

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

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

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

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

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

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

Comisión. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

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

Ley. Ley General de Salud.

Lineamientos. Los presentes Lineamientos.

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

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

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

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

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

Secretaría. La Secretaría de Salud.

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

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

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

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

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

Capítulo II

De la Promoción y Afiliación

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

Mecánica de Promoción y Difusión

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo III

Afiliación y Reafiliación

Procedimiento para la Afiliación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Afiliación Permanente

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

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

Afiliaciones Colectivas

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

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

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

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

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

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

Procedimiento para la Reafiliación

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

a. Reafiliación automática.

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

b. Reafiliación simplificada.

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

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

CREENCIALIZACION

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

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

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

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

c) Imagen de la República Mexicana.

d) Elementos de seguridad.

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

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

g) Logotipo del Sistema Nacional de Salud.

h) Número de serie.

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

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

Capítulo IV

Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH)

Estructura

1. La CECASOEH cuenta con dos apartados:

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

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

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

Criterios Específicos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo V

De las Cuotas Familiares

Capacidad de Pago de las Familias

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

Cuotas Familiares

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

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

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

Donde:

IND es el ingreso neto disponible anual

i decil de ingreso, i = III a X

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

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

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

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

Disposiciones Especiales

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

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

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

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

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

Principio de Solidaridad Social

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

Recibos por la Recepción de las Cuotas

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

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

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

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

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

Capítulo VI

Información sobre el Manejo y Destino de las Cuotas Familiares

Destino de los Recursos

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

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

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

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

Capítulo VII

Del Padrón de Beneficiarios del Sistema

Integración del Padrón

1.

I. Corresponde a los Regímenes Estatales:

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

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

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

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

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

II. Corresponde a la Comisión:

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

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

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

Validación del Padrón

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Envío y Recepción de la Base de Datos

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

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

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

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

Información Definitiva

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

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

Incidencias al Padrón

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

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

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

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

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

Resguardo, Acceso y Control del Padrón

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

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

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

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

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

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

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

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

Confidencialidad y Difusión de Información del Padrón

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

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

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

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

Evaluación del Padrón

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

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

Cotejo

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

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

Capítulo VIII

Disposiciones Finales

De la Difusión

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

De la Vigilancia y Cumplimiento

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

De las Quejas, Sugerencias y Denuncias

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

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

TRANSITORIOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Calendario del proceso de envío y validación de base de datos

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

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

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

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

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

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

TRANSITORIOS

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

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

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

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

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

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

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

TRANSITORIOS

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

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

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

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

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

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

TRANSITORIOS

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

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

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