

SEXTA SECCION

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2016.

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

MARÍA DE LAS MERCEDES MARTHA JUAN LÓPEZ, Secretaria 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; 29 y 30, del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016 y 7, fracción XVIII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece el derecho humano a la protección de la salud y prevé la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general;

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

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

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

Que en términos de lo dispuesto por el artículo 29, párrafo primero y el Anexo 25, del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de noviembre de 2015, el Programa Seguro Médico Siglo XXI, estará sujeto a las reglas de operación que se emitan, de conformidad con el artículo 77, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria;

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

Que los gastos indirectos del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el Ejercicio Fiscal 2016, se ajustarán a lo establecido en el Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal, publicado el 10 de diciembre de 2012, en el Diario Oficial de la Federación y en los Lineamientos para la aplicación y seguimiento de las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio de gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2013, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO

ARTÍCULO ÚNICO.- Se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el Ejercicio Fiscal 2016.

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO. Las tarifas e importes a los que se hacen referencia en el punto 5.3.3. de las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el Ejercicio Fiscal 2016, se harán públicos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en su página de Internet, dentro de los 60 días hábiles posteriores a la fecha de firma de los convenios de colaboración interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al Programa Seguro Médico Siglo XXI, que se suscriban por la Secretaría de Salud con el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

TERCERO. Aquellos menores beneficiarios del Programa Seguro Médico Siglo XXI, con intervenciones registradas en el Sistema Informático de dicho Programa durante los años 2012 a 2015, que requieran de la continuidad de las mismas, seguirán siendo atendidos en los mismos términos y condiciones que dieron origen a tales intervenciones, aun en el supuesto de que cumplan cinco años de edad, durante la vigencia de las presentes reglas.

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

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

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los 21 días del mes de diciembre de 2015.- La Secretaria de Salud, **María de las Mercedes Martha Juan López.**- Rúbrica.

REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2016

Contenido

1. Introducción.
2. Glosario.
3. Objetivos.
 - 3.1. Objetivo general.
 - 3.2. Objetivo específico.
4. Lineamientos.
 - 4.1. Cobertura.
 - 4.2. Población.
 - 4.2.1. Población potencial.
 - 4.2.2. Población objetivo.
 - 4.2.3. Población atendida.
 - 4.3. Criterios de elegibilidad.
 - 4.4. Requisitos de afiliación.
 - 4.5. Beneficios.
 - 4.6. Derechos, obligaciones y corresponsabilidades de los beneficiarios.
 - 4.6.1. Derechos.
 - 4.6.2. Obligaciones.
 - 4.6.3. Corresponsabilidades en materia de salud.
 - 4.7. Instituciones e instancias participantes.
 - 4.7.1. Entes normativos.
 - 4.7.2. Entes ejecutores.

5. Mecánica de operación.
 - 5.1. Responsabilidades de los entes ejecutores.
 - 5.1.1. De la CNPSS.
 - 5.1.2. De la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
 - 5.1.3. De la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.
 - 5.1.4. De los gobiernos de las entidades federativas.
 - 5.1.5. De los prestadores de servicios con los que se suscriben convenios de colaboración para la atención de los beneficiarios del SMSXXI.
 - 5.2. Operación del SMSXXI.
 - 5.3. Características, periodicidad y forma de pago de los apoyos para la operación del SMSXXI.
 - 5.3.1. Apoyo económico a los SESA por incremento en la demanda de servicios.
 - 5.3.2. Apoyo económico para el pago de intervenciones cubiertas por el SMSXXI.
 - 5.3.3. Apoyo económico para el pago por prestación de servicios no otorgados por los SESA.
 - 5.3.4. Apoyo económico para la realización del Tamiz Auditivo, para la detección de niñas y niños con Hipoacusia.
 - 5.3.5. Apoyo económico para realizar la evaluación del Desarrollo Infantil.
 - 5.3.6. Apoyo económico para el equipamiento de los Bancos de Leche Humana.
 - 5.3.7. Apoyo económico para el Tamiz Metabólico Semiampliado.
 - 5.4. De los recursos no destinados al fin.
 - 5.5. Padrón de beneficiarios.
 - 5.6. Prestación de servicios.
 - 5.6.1. Organización de los servicios.
 - 5.6.2. Acceso a los establecimientos de salud.
 - 5.6.3. Criterios para la atención médica de la población beneficiaria.
 - 5.6.4. Expediente clínico.
 - 5.6.5. Sobre la prestación indirecta de servicios médicos.
 - 5.6.6. Garantía en la Calidad.
6. Informes programáticos presupuestarios.
 - 6.1. Programación del gasto.
 - 6.2. Ejercicio del gasto.
 - 6.2.1. Del monitoreo al ejercicio y comprobación de los recursos con los que opera el SMSXXI.
 - 6.2.2. Informes del ejercicio de los recursos.
 - 6.2.3. Comprobantes de transferencias de recursos.
 - 6.3. Avances físico-financieros.
 - 6.4. Cierre del ejercicio.
7. De la cancelación de los apoyos del SMSXXI.
8. Seguimiento operativo, control y auditoría.
 - 8.1. Seguimiento operativo.
 - 8.2. Indicadores de desempeño.
 - 8.3. Control y auditoría.
 - 8.4. Gastos indirectos.
9. Contraloría Social.
10. Evaluación.
11. Transparencia.
12. Quejas y denuncias.
13. Atención a beneficiarios del Seguro Médico Siglo XXI víctimas del delito y de violaciones a derechos humanos.
14. Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre.

Estas Reglas de Operación se complementan con los siguientes anexos:

- Anexo 1.** Listado de intervenciones médicas cubiertas por el SMSXXI y sus tabuladores correspondientes;
- Anexo 2.** Concepto de gastos no cubiertos por el SMSXXI;
- Anexo 3.** Intervenciones cubiertas para menores de cinco años por el CAUSES del Sistema, en el primer y segundo niveles de atención;
- Anexo 4.** Intervenciones para menores de cinco años cubiertas por el FPGC del Sistema;
- Anexo 5.** Informe Trimestral del Ejercicio de los Recursos e instructivo de llenado;
- Anexo 6.** Proceso Sistema Seguro Médico Siglo XXI;
- Anexo 7.** Modelos de convenio de colaboración e instrumento específico para la transferencia de recursos federales;
- Anexo 8.** Formato de referencia;
- Anexo 9.** Procedimiento de afiliación al Seguro Médico Siglo XXI;
- Anexo 10.** Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril del 2005 y sus reformas;
- Anexo 11.** Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de junio del 2010, y
- Anexo 12.** Partidas de gasto para el apoyo económico a los SESA por incremento en la demanda de servicios.

1. Introducción.

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

Reconociendo que nuestro sistema sanitario debe resolver las desigualdades en el acceso a los servicios médicos, las cuales son una de las principales causas por las que las personas más pobres tienen mayor riesgo de morir a edades más tempranas que el resto de la población, se identificaron una serie de objetivos prioritarios que incluyen, fundamentalmente, fortalecer los programas de prevención de enfermedades, promoción de la salud y protección contra riesgos sanitarios; elevar la calidad de los servicios de atención curativa; mejorar la eficiencia en los procesos operativos; perfeccionar la organización y coordinación en las entidades y dependencias encargadas de la prestación de los servicios; apoyar el crecimiento y modernización de la infraestructura médica; profesionalizar al personal sanitario; consolidar la protección financiera de los mexicanos frente a los gastos que causan las enfermedades; y de manera destacada, focalizar acciones en favor de los grupos vulnerables que más las necesitan, entre los que se encuentran las niñas y niños.

Las condiciones de salud en los primeros años de vida impactan de manera decisiva y en ocasiones de forma permanente en el crecimiento y desarrollo de la persona hasta edades avanzadas. Las consecuencias de la desnutrición en esos años van más allá de las derivadas de una mayor incidencia de enfermedades infecto-contagiosas, pudiendo afectar también el desarrollo antropométrico y cognoscitivo, lo que genera problemas o desventajas permanentes en el desempeño escolar y/o laboral. Asimismo, como estrategia para lograr la disminución de la morbilidad neonatal e infantil, que está considerada un problema de salud pública universal, se mejorarán con tecnología en salud, los establecimientos para la atención médica que prestan servicios a la población beneficiaria del SMSXXI, ello con la finalidad de brindar atención eficaz en esta etapa del desarrollo así como mejorar las expectativas y calidad de vida saludable de los recién nacidos de este país.

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

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

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

2. Glosario.

CALIDAD	Calidad en la Atención Médica.
CÁPITA	Recursos que por concepto de apoyo por incremento en la demanda de servicios se transfieren a la entidad federativa por cada uno de las niñas y niños afiliados en el ejercicio vigente al SMSXXI, cuya familia se incorpore al Sistema.
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud.
CECASOEH	Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar.
CeNSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud.
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud.
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud.
CUOTA FAMILIAR	Aportación familiar anual y anticipada que se determina de acuerdo a la condición socioeconómica de cada familia beneficiaria del Sistema, mediante la aplicación de la CECASOEH.
CURP	Clave Única de Registro de Población.
DESARROLLO INFANTIL	Desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y socio-emocional de los niños y niñas de 0 a 8 años de edad, de una manera integral para el cumplimiento de todos sus derechos.
DGAO	Dirección General de Afiliación y Operación de la CNPSS.
DGF	Dirección General de Financiamiento de la CNPSS.
DGIS	Dirección General de Información en Salud, unidad administrativa de la Secretaría de Salud responsable de estimar la población potencial susceptible de incorporarse al Sistema.
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, unidad administrativa de la Secretaría de Salud.
DGPO	Dirección General del Programa Oportunidades de la CNPSS.
EQUIPO DE EMISIONES OTOACÚSTICAS	Aparato para detectar Hipoacusia en los recién nacidos.
EVENTO TERMINADO	Aquel evento que aun cuando requiere seguimiento ambulatorio, se especifique que el proceso de atención hospitalario concluyó al ser resuelto el problema original motivo del internamiento. También se considera como evento terminado, aquél que por su naturaleza no requiere de hospitalización pero sí seguimiento ambulatorio por la consulta externa o cirugía ambulatoria.
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
GESTORES DEL SEGURO POPULAR	Profesional de áreas afines a la salud, cuya función principal está enfocada a la tutela de derechos de los afiliados al Sistema, mediante acciones de gestión y enlace entre el prestador de servicios de salud y el REPSS en apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

HIPOACUSIA	Sordera, pérdida de la capacidad auditiva.
IMPLANTES COCLEARES	Dispositivo destinado para la restauración parcial de la sensación auditiva a niñas y niños con Hipoacusia neurosensorial bilateral severa y profunda. Clave 531.095.0016 cuadro básico y catálogo de instrumental y equipo médico.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
IMSS PROSPERA	Programa del Gobierno Federal administrado por el IMSS.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
MAO	Módulos de Afiliación y Orientación, Espacios físicos fijos y móviles con personal capacitado (brigada de afiliación), establecidos por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, para afiliar a las personas y proporcionarles la información que soliciten sobre trámites y servicios del Sistema de Protección Social en Salud.
NEUROHABILITACIÓN	Entrenamiento intensivo al de conductas motrices normales, mediante la repetición temprana e intensiva de movimientos complejos sensorio motores, que estimulan al sistema vestibular, favoreciendo el desarrollo motor normal.
OPD	ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO. Entidad de la Administración Pública Federal Paraestatal creada por ley o decreto del Congreso de la Unión o por decreto del Ejecutivo Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, incluyendo sus equivalentes en las entidades federativas, que para efecto de las presentes Reglas de Operación, se encarguen de prestar servicios de salud a la persona.
PADRÓN	Relación nominal que contiene los elementos señalados en las disposiciones jurídicas aplicables, de las familias afiliadas al Sistema, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación.
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016.
PÓLIZA DE AFILIACIÓN	Documento emitido por el Sistema de Administración del Padrón que sirve como comprobante de incorporación al SPSS.
PROSPERA	PROSPERA Programa de Inclusión Social.
REGÍMENES ESTATALES o REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.
REGLAS DE OPERACIÓN	Disposiciones a las cuales se sujetan determinados programas y fondos federales con el fin de asegurar la aplicación transparente, eficiente, eficaz, oportuna y equitativa de los recursos públicos asignados a los mismos.
SACTEL	El centro de llamadas que depende de la Secretaría de la Función Pública, que tiene como propósito atender oportuna y eficazmente a la ciudadanía en la presentación telefónica de peticiones ciudadanas, relacionadas con la actuación de los servicios públicos y la presentación de los servicios públicos federales, así como en el desahogo de consultas sobre la gestión de trámites y servicios.
SECRETARÍA	Secretaría de Salud.
SESA	Servicios Estatales de Salud.
SFP	Secretaría de la Función Pública.
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
SISTEMA o SPSS	Sistema de Protección Social en Salud.
SMSXXI	Programa Seguro Médico Siglo XXI.
TAMIZ AUDITIVO	Detección de Hipoacusia en recién nacidos.

TAMIZ METABÓLICO SEMIAMPLIADO	Detección en los recién nacidos de las siguientes enfermedades: hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, galactosemia y fenilcetonuria.
TESOFE	Tesorería de la Federación
UNIDADES MÉDICAS ACREDITADAS	Establecimientos para la atención médica que han cumplido con los criterios de capacidad, seguridad y Calidad y cuentan con el dictamen de acreditación correspondiente emitido por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud

3. Objetivos.

3.1. Objetivo general.

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

3.2. Objetivo específico.

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

4. Lineamientos.

4.1. Cobertura.

El SMSXXI tendrá cobertura en todo el territorio nacional donde habiten familias con niñas y niños menores de cinco años, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, y tengan la posibilidad de acceso a los servicios de salud de alguna institución del Sistema Nacional de Salud con capacidad para proveer los beneficios del SMSXXI.

4.2. Población.

4.2.1. Población potencial: corresponde a las niñas y niños menores de cinco años de edad, proyectados por la DGIS.

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

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

4.3. Criterios de elegibilidad.

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

- a) Ser residentes en el territorio nacional;
- b) Ser menor de cinco años de edad, sin distinción o restricción que, basada en el origen étnico, género, edad, discapacidad, condición social o económica, lengua, religión o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos de las personas, y
- c) No ser derechohabientes de la seguridad social o contar con algún otro mecanismo de previsión social en salud.

4.4. Requisitos de afiliación.

Requisitos de afiliación:

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

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

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

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

Los demás integrantes de la familia deberán cumplir con los requisitos para ser beneficiarios del SPSS, establecidos en el artículo 77 bis 7 de la Ley General de Salud, en el Capítulo II del Título Tercero del Reglamento de la Ley General de Salud; en Materia de Protección Social en Salud, así como con los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2005 y sus reformas (Anexo 10), mismos que pueden ser consultados en la página electrónica de la CNPSS: www.seguro-popular.gob.mx.

4.5. Beneficios.

Los menores beneficiarios del SMSXXI recibirán servicios de medicina preventiva y atención primaria a la salud, atención hospitalaria y de alta especialidad, a partir del día de su afiliación al SPSS y durante la vigencia de sus derechos sin ningún desembolso por el servicio, mediante un paquete de acciones integrado de la siguiente manera:

- a) Un paquete de acciones preventivas y de atención con línea de vida;
- b) Estudios de laboratorio y gabinete que permitan diagnósticos tempranos;
- c) Atención médica, medicamentos e insumos para la salud para los padecimientos que afectan a los beneficiarios del SMSXXI, en atención hospitalaria y de alta especialidad, cuyas principales patologías se mencionan en el Anexo 1.

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

- a) Las intervenciones correspondientes a la atención primaria a la salud y atención hospitalaria que se encuentren contenidas en el CAUSES del SPSS, descritas en el Anexo 3, así como los medicamentos asociados, y
- b) Las atenciones contempladas para las enfermedades cubiertas por el FPGC del Sistema aplicables a menores de cinco años de edad, descritas en el Anexo 4, así como a los medicamentos asociados.

Los recién nacidos conforme a lo definido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, o la que en su caso, le sustituya, recibirán los servicios en las condiciones antes mencionadas a partir del día de su nacimiento.

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

La definición de las intervenciones, los tratamientos, los medicamentos y los demás insumos para la salud asociados a las enfermedades cubiertas por el SMSXXI, serán responsabilidad exclusiva de la CNPSS en lo que a su competencia se circunscribe, con independencia de lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables. Los medicamentos y materiales asociados a dichas enfermedades deben corresponder a los incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos e Insumos del Sector Salud.

4.6. Derechos, obligaciones y corresponsabilidades de los beneficiarios.

4.6.1. Derechos.

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

- a) Recibir todos los beneficios especificados en el numeral 4.5 de las Reglas de Operación;
- b) Recibir, por parte del personal de todas las dependencias, entidades, instituciones u organizaciones que ofrezcan servicios a los afiliados al SMSXXI, un trato respetuoso y de Calidad, confidencial, digno y equitativo sin distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico, género, edad, discapacidad, condición social o económica, lengua, religión o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos de las personas;

- c) Recibir la Cartilla Nacional de Salud Niñas y Niños de 0 a 9 años;
- d) Estar adscrito a una Unidad Médica Acreditada del primer nivel de atención de la red de servicios del SPSS.;
- e) Recibir los medicamentos e insumos para la salud necesarios para su atención completa y oportuna, y
- f) Recibir atención médica en urgencias.

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

- a) Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, que les permita decidir libremente sobre la atención médica de los menores beneficiarios del SMSXXI, así como con la orientación que sea necesaria respecto a la atención de salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;
- b) Recibir información sobre la operación y funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención a la salud en los MAO del SPSS; así como de los apoyos y orientación sobre los padecimientos e intervenciones cubiertos por el Sistema que podrán recibir de los Gestores del Seguro Popular;
- c) Decidir libremente sobre la atención médica de los menores beneficiarios del SMSXXI;
- d) Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos para el menor;
- e) Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;
- f) No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban, concerniente a la cobertura del SMSXXI, y
- g) Presentar quejas e inconformidades ante las diferentes instancias competentes por la falta o inadecuada prestación de servicios, a partir de dichas quejas e inconformidades recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que serán atendidas.

4.6.2. Obligaciones.

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

- a) Hacer buen uso de la Póliza de Afiliación que los acredite como beneficiarios, así como de la Cartilla Nacional de Salud Niñas y Niños de 0 a 9 años y presentarlas siempre que soliciten servicios de salud;
- b) Proporcionar al prestador de servicios información oportuna, suficiente y veraz acerca del padecimiento del menor que motiva la solicitud de servicios;
- c) Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;
- d) Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud;
- e) Hacer uso responsable de los servicios de salud;
- f) Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al SPSS y para la definición del monto a pagar por concepto de Cuota Familiar;
- g) Cubrir oportunamente las Cuotas Familiares y reguladoras del SPSS que, en su caso, les correspondan;
- h) Informar en el MAO que les corresponda, cuando adquieran la derechohabiencia de alguna institución de seguridad social, a fin de darse de baja del Sistema, y
- i) Cumplir con las corresponsabilidades en materia de salud descritas en el numeral 4.6.3. de las Reglas de Operación

4.6.3. Corresponsabilidades en materia de salud.

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

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

- b) Llevar al menor a aplicar su esquema de vacunación completo y cerciorarse de su registro en la Cartilla Nacional de Salud Niñas y Niños de 0 a 9 años;
- c) Llevar al menor a la Unidad Médica Acreditada que corresponda para las revisiones preventivas con la periodicidad siguiente:
 - Para el recién nacido: a los 7 y 28 días;
 - Durante el primer año de vida: por lo menos cada dos meses, y
 - Del segundo al quinto año de vida: por lo menos cada seis meses.
- d) Acudir con el menor beneficiario a las demás visitas médicas que sean recomendadas por el médico tratante;
- e) Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre los antecedentes, necesidades y problemas de salud, y
- f) Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamientos o procedimientos generales a los que hayan aceptado someterse.

4.7. Instituciones e instancias participantes.

4.7.1. Entes normativos.

a) Secretaría de Salud.

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

b) Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

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

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

c) Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud es responsable, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables, de proponer al Secretario de Salud, así como coordinar, dirigir, supervisar y evaluar, las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud; coordinar acciones con el CeNSIA y el CNEGSR; proponer al Secretario de Salud definir y emitir las políticas y normas sobre información epidemiológica que deban reportar los servicios de salud; y, colaborar, en el ámbito de su competencia, en la definición y desarrollo del SPSS en coordinación con las unidades administrativas competentes.

d) Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, por conducto de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es responsable, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables, de establecer, emitir y operar los instrumentos y mecanismos necesarios para el desarrollo del Sistema de Acreditación de establecimientos de atención a la salud a ser incorporados al SPSS, así como desarrollar acciones en materia de Calidad, para la mejora continua en la atención médica que brindan las Unidades Médicas Acreditadas que presten servicios al SMSXXI.

4.7.2. Entes ejecutores.

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

5. Mecánica de operación.

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

Los recursos y las acciones destinadas a solventar los efectos ocasionados por desastres naturales, deberán apegarse a lo que, en el ejercicio de sus atribuciones, determinen la Secretaría de Gobernación y la SHCP, en sus ámbitos de competencia.

5.1. Responsabilidades de los entes ejecutores.

5.1.1. De la CNPSS.

A la CNPSS le corresponde:

- a) Instrumentar el SMSXXI y formular sus criterios de operación;
- b) Establecer los criterios específicos en materia de afiliación conforme a lo dispuesto en la normativa que regula al SPSS; la validación de los padrones estatales para la integración del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema, así como su administración;
- c) Transferir los recursos para la instrumentación y operación del SMSXXI conforme a lo establecido en las Reglas de Operación, en los convenios de colaboración y demás instrumentos específicos que se suscriban conforme a la normativa aplicable;
- d) Gestionar y suscribir, según corresponda, con las entidades federativas, con los OPD, con las instituciones de seguridad social, de asistencia privada u otros prestadores privados, los convenios en materia de prestación de servicios en localidades sin presencia de los SESA;
- e) Definir e instrumentar el esquema de monitoreo y evaluación de la operación e impacto del SMSXXI;
- f) Realizar la adquisición, distribución y aplicación de los recursos destinados para llevar a cabo la evaluación del Desarrollo Infantil;
- g) Alinear acciones con otros programas para optimizar recursos a favor de los beneficiarios, como es el caso con el PROSPERA, en coordinación con las instancias competentes,
- h) Dar seguimiento a los apoyos del SMSXXI que ejerce las diferentes unidades de la Secretaría, en el ámbito de su competencia, y
- i) Participar en coordinación con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, en la elaboración de los criterios para el modelo de Bancos de Leche Humana.

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

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

- a) Llevar a cabo las acciones conducentes, para la aplicación de la Estrategia de Prevención y Promoción para una Mejor Salud;
- b) Garantizar la suficiencia de Cartilla Nacional de Salud Niñas y Niños de 0 a 9, en las entidades federativas;
- c) Ejercer los recursos que le sean transferidos para la adquisición de Tamiz Auditivo, equipamiento de los Bancos de Leche Humana, así como Tamiz Metabólico Semiampiado.

I. En materia de Tamiz Auditivo:

- i. Determinar la instancia de su adscripción que ejercerá los recursos y vigilará su distribución y aplicación;
- ii. Definir las normas y procedimientos para el diagnóstico presuntivo y definitivo de Hipoacusia neurosensorial;
- iii. Establecer los procedimientos administrativos y operativos de transferencia de recursos a las entidades federativas para la adquisición y distribución de los Equipos de Emisiones Otoacústicas y potenciales evocados del tallo cerebral, sin perjuicio de lo señalado por las disposiciones aplicables en materia de adquisiciones;
- iv. Verificar que las Unidades Médicas Acreditadas cuentan con el personal calificado para realizar la detección y seguimiento del manejo del beneficiario del SMSXXI con Hipoacusia; además de un espacio físico adecuado destinado específicamente para este fin;
- v. Definir la población y el procedimiento para la detección de niñas y niños con Hipoacusia;
- vi. Ejercer los recursos transferidos por la CNPSS por este concepto, y
- vii. Informar trimestralmente a la CNPSS del ejercicio de los recursos transferidos, número de niños tamizados y su resultado.

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

- i. Definir el equipamiento técnico para garantizar el procesamiento y la conservación de la leche humana;
- ii. Establecer los procedimientos administrativos y operativos para su adquisición y distribución;
- iii. Ejercer los recursos transferidos por la CNPSS por este concepto, y
- iv. Informar trimestralmente a la CNPSS del ejercicio de los recursos transferidos.

III. En materia de Tamiz Metabólico Semiampliado:

- i. Definir las normas y procedimientos para la detección, diagnóstico y confirmación de los defectos metabólicos: hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, galactosemia, fenilcetonuria y fibrosis quística.
- ii. Establecer los procedimientos administrativos, metodológicos y operativos para la adquisición y distribución de insumos del tamiz neonatal (papel filtro, reactivos y las pruebas confirmatorias) y, en su caso, para la contratación del servicio para llevar a cabo el tamizaje para la detección oportuna de errores congénitos del metabolismo en neonatos (antes referidos), para lo cual, el CNEGSR deberá establecer los requisitos técnicos, operativos y de calidad que deberán cumplir los insumos y/o prestadores de los servicios que para tal efecto se adquieran o contraten;
- iii. Ejercer los recursos transferidos por la CNPSS por este concepto;
- iv. Definir la población, y procedimientos para la detección de nuevos errores del metabolismo, y
- v. Informar trimestralmente a la CNPSS del ejercicio de los recursos transferidos.

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

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

- a) Emitir el dictamen de acreditación a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a los establecimientos para la atención médica que participan en el SMSXXI, en los términos previstos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y en lo dispuesto en el Manual de Acreditación; así como para la mejora continua por los Lineamientos Técnicos Operativos del Comité de Calidad y Seguridad del paciente del Programa de Calidad en la Atención Médica, y
- b) Emitir a los SESA un informe de hallazgos de los establecimientos para la atención médica que durante la evaluación no obtuvieron el dictamen de acreditación correspondiente.

5.1.4. De los gobiernos de las entidades federativas.

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

- a) Realizar acciones de difusión del SMSXXI e identificar a las personas o familias susceptibles de ser afiliadas;
- b) Afiliar a las personas o familias que manifiesten su voluntad de incorporarse al Sistema, mediante el personal del MAO y/o en las brigadas, con asesoría y apoyo de los Gestores del Seguro Popular;
- c) Registrar las incidencias en el sistema de administración del Padrón para mantener actualizada la Póliza de Afiliación correspondientes al núcleo familiar del menor;
- d) Aplicar, a través del personal del MAO o brigada de afiliación, la CECASOEH, referida en los capítulos III y IV 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, publicados en el Diario Oficial de la Federación 15 de abril de 2005 y sus reformas;
- e) Proporcionar al titular de la familia, la Carta de Derechos y Obligaciones, en la cual se describen las acciones médicas cubiertas por el Sistema, el SMSXXI y el FPGC;
- f) Expedir la Póliza de Afiliación al Sistema en la que se indique el titular, los integrantes beneficiarios de la familia, la vigencia de sus derechos, la Cuota Familiar anual y la Unidad Médica Acreditada que le corresponda, explicando a la familia, los beneficios adicionales a los que el menor tiene derecho a través del SMSXXI;

- g) Garantizar la prestación de los servicios de salud que se derivan de las acciones preventivas, atención de las intervenciones cubiertas por el SMSXXI; así como las que provengan del CAUSES y del FPGC a través de las Unidades Médicas Acreditadas de los SESA u otros prestadores de servicios estatales o federales;
- h) Gestionar, administrar y ejercer los recursos transferidos para la instrumentación y ejecución del SMSXXI conforme a lo establecido en las Reglas de Operación y con estricta observancia de lo dispuesto por las disposiciones jurídicas aplicables tanto federales como locales;
- i) Asegurar el abasto oportuno de medicamentos en sus Unidades Médicas Acreditadas por sí o a través de las acciones que las disposiciones jurídicas prevean para tal efecto;
- j) Informar semestralmente a la CNPSS sobre las condiciones de acceso de los beneficiarios a los servicios de salud;
- k) Promover la acreditación de los establecimientos para la atención médica, efectuando acciones de supervisión integral que permitan asegurar los niveles de Calidad y cobertura que establece el SMSXXI;
- l) Realizar el seguimiento operativo del SMSXXI en la entidad y aplicar los instrumentos y procedimientos necesarios para la evaluación de su impacto en su ámbito, con base en los indicadores y con la metodología y periodicidad que establezca la CNPSS;
- m) Proporcionar a la Secretaría de Salud Estatal o su equivalente la información relativa al ejercicio del gasto de conformidad con las disposiciones establecidas o que para estos efectos establezca, así como la información estadística y documental que le sea solicitada con respecto a la operación del SMSXXI dentro de su ámbito territorial de competencia;
- n) Instrumentar y operar la Contraloría Social, de acuerdo a lo establecido en el Acuerdo por el que se establecen los lineamientos para la promoción y operación de la contraloría social en los programas federales de desarrollo social publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de abril del 2008;
- o) Informar a la CNPSS los cambios en relación a la acreditación de las Unidades Médicas Acreditadas que integran la red de prestadores del SMSXXI, y
- p) Emitir opinión respecto a las solicitudes realizadas por la CNPSS, para la actualización de las Reglas de Operación.

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

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

5.2. Operación del SMSXXI.

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

Para los efectos anteriores deberá utilizarse el sistema de referencia y contra-referencia normado en el Acuerdo número 79 relativo a la aplicación, instrumentación y actualización del Manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes y envío de muestras y especímenes, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de septiembre de 1988; y, considerando a estos establecimientos médicos como parte integral de las redes de servicio. Las formalidades, términos y condiciones de los convenios de colaboración que se celebren deberán sujetarse a la legislación aplicable, observando las disposiciones federales correspondientes dada la naturaleza de los recursos transferidos;

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

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

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

El envío a las entidades federativas y prestadores de servicios no SESA de los apoyos económicos, en sus distintos conceptos, se realizará mediante transferencia electrónica, a través del Sistema Integral de Administración Financiera Federal, administrado por la SHCP, a las cuentas bancarias productivas que se dispongan para este efecto. La transferencia de recursos por los apoyos señalados, se hará una vez formalizado el convenio de colaboración e instrumento específico que la Secretaría, las entidades federativas y los prestadores no SESA celebren en los casos que procedan y en función de la disponibilidad presupuestaria. El Anexo 7 de las Reglas de Operación, contiene los modelos de convenio de colaboración e instrumento específico para la transferencia de recursos federales.

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

a) Características.

La Secretaría transferirá a las entidades federativas \$210.00 (Doscientos diez pesos 00/100 M.N.) anuales, por una sola vez por cada menor de cinco años, cuya familia se incorpore al SPSS en el 2016.

Esta Cápita obedece a la sobredemanda que potencialmente se origina en razón de la mayor concentración de nuevas familias afiliadas al SPSS con recién nacidos y sus requerimientos de atención en el primer año de vida, principalmente durante los primeros 28 días, así como los menores de cinco años que se ubican en el supuesto de elegibilidad de este Programa, por lo que los recursos por este concepto servirán para apoyar el exceso de demanda de los servicios de salud en el primer nivel del CAUSES en el SPSS; no obstante, dichos recursos deberán ser destinados a los fines autorizados y ejercidos por las entidades federativas en el primer nivel de atención, en las partidas de gasto establecidas en el Anexo 12 de las Reglas de Operación.

b) Forma de pago.

La transferencia de los recursos por este concepto se hará de acuerdo a la afiliación reportada por los REPSS, la cual será validada por la DGAO de la CNPSS, quien a su vez notificará a la DGF de la CNPSS, para que se realice la transferencia de los recursos a las entidades federativas.

Los recursos transferidos que informados se identifiquen que no corresponden a las partidas de gasto establecidas en el Anexo 12 de las Reglas de Operación, serán considerados como recursos no aplicados al fin a que fueron destinados, en términos del numeral 5.4 de las Reglas de Operación, por lo que las entidades federativas deberán reintegrarlos a la TESOFE, en términos de las disposiciones aplicables, junto con los intereses que se hayan generado y conforme a lo dispuesto en el convenio de colaboración correspondiente.

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

a) Características.

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

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

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

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

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

- 3) En el caso de las intervenciones con tabulador "pago por facturación" se cubrirá solamente el tratamiento de sustitución, y/o medicamentos especializados, así como los insumos que se requieran de acuerdo a la aplicación de dichos tratamientos, en el primer registro podrá incluirse el costo del diagnóstico. El registro se realizará al menos cada dos meses. En el caso de las enfermedades del sistema nervioso que incluyen rehabilitación física y neuropsensorial el registro se hará bimestralmente posterior a la rehabilitación que reciba el beneficiario e incluirá solo el monto del diagnóstico (en el primer registro), la terapia y en su caso, los insumos o medicamentos especializados utilizados;
- 4) En el caso de las intervenciones realizadas a los beneficiarios del SMSXXI y que no se enlisten en el tabulador del Anexo 1 de las Reglas de Operación, la CNPSS estará facultada para determinar si son elegibles de cubrirse con el SMSXXI y el monto de la tarifa a cubrir por cada uno de los eventos. Esta tarifa será como máximo la cuota de recuperación del tabulador más alto aplicable a la población sin seguridad social que tenga la institución que haya realizado la intervención para esa misma intervención, y será verificada de acuerdo al expediente administrativo de cada caso antes de la validación del caso;
- 5) No se cubrirán las acciones e intervenciones listadas en el Anexo 2 de las Reglas de Operación;
- 6) En el caso de los hospitales privados, solamente se pagarán las intervenciones asociadas a un tabulador, enlistadas en el Anexo 1 de las Reglas de Operación, y
- 7) En función de la frecuencia de intervenciones no cubiertas por el SMSXXI, la disponibilidad presupuestaria y la conveniencia de incluirlas en el SMSXXI, la CNPSS deberá establecer los mecanismos necesarios que permitan definir las tarifas de las nuevas intervenciones a partir de los costos promedio a nivel nacional de su otorgamiento. Estos costos promedio deberán obtenerse mediante la agrupación de los servicios en conglomerados homogéneos que faciliten su registro y control, además de propiciar el logro de estándares de eficiencia predeterminados, entre los prestadores participantes.

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

Adicionalmente, se podrán cubrir las intervenciones realizadas a los beneficiarios del Programa durante el ejercicio fiscal 2015, no incluidas en el CAUSES o en el FPGC, que sean registradas por el prestador de servicios y validadas por los REPSS u OPD, según sea el caso antes del 31 de enero de 2016.

No se podrán duplicar recursos en la atención de los beneficiarios del SMSXXI, es decir, pagar al mismo tiempo por el mismo padecimiento (en el mismo periodo de tratamiento) dos intervenciones diferentes del Programa, excepto para las intervenciones 75, 85 y 92 del Anexo 1 de las Reglas de Operación, en las cuales podrán ser sujetas a financiamiento en la misma hospitalización siempre y cuando se demuestre la comorbilidad.

b) Forma de pago y periodicidad.

En los eventos realizados en Unidades Médicas Acreditadas, se transferirá el monto correspondiente al tabulador señalado en el Anexo 1 de las Reglas de Operación. Para las atenciones realizadas en establecimientos para la atención médica no acreditados, se transferirá el 50 por ciento del citado tabulador y de la tarifa aplicada a las intervenciones no contempladas en el Anexo 1 y que a criterio de la CNPSS son elegibles de cubrirse. Una vez lograda la acreditación del establecimiento para la atención médica, los SESA y/o el REPSS, deberán informarlo a la CNPSS y enviar el comprobante de tal acreditación, para que se actualice el estatus en el Sistema Informático SMSXXI para que, a partir de entonces, sean cubiertas las intervenciones realizadas por el prestador como Unidad Médica Acreditada. Asimismo, será obligación de la entidad federativa mantener actualizada la red de prestadores de servicios del SMSXXI en el Sistema Informático, e informar a la CNPSS cualquier cambio en el estatus de acreditación de las Unidades Médicas Acreditadas. En todos los casos, los beneficiarios no deberán haber cubierto ninguna cuota de recuperación. Este apartado sólo es aplicable a los SESA.

Para el pago de Implantación prótesis coclear, así como de enfermedades del sistema nervioso que incluyen rehabilitación física y neuropsensorial, señaladas en el Anexo 1, de este ordenamiento, se requiere la acreditación específica para esos efectos del establecimiento para la atención médica. Para el caso de las intervenciones: Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte, Dificultad respiratoria del recién nacido y Sepsis bacteriana del recién nacido, la unidad médica deberá demostrar su acreditación al Servicio de Alta Especialidad de Neonatos con Insuficiencia Respiratoria y Prematurez del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Para la adquisición de los implantes, la CNPSS incluirá el costo del mismo en la intervención 32 del Anexo 1 de las Reglas de Operación. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos será responsabilidad de la Unidad Médica Acreditada prestadora de servicios. El registro del caso podrá realizarse en el Sistema Informático SMSXXI o equivalente en su caso, al efectuar el diagnóstico y la programación del procedimiento quirúrgico.

El recurso de este apoyo podrá utilizarse para el fortalecimiento y mejora de la atención del menor de cinco años de edad en las Unidades Médicas Acreditadas, mediante la contratación de personal de enfermería y médicos especialistas y subespecialistas con los criterios establecidos por la CNPSS. Los OPD y prestadores privados deberán demostrar su acreditación, mediante el dictamen correspondiente para la firma del convenio.

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

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

El registro de los casos se hará a través del Sistema Informático del SMSXXI, que para tal efecto se ha establecido, cuyo proceso se especifica en el Anexo 6 de las Reglas de Operación. Será responsabilidad exclusiva de los prestadores de servicios de atención médica su correcto registro y la veracidad de esta información del médico que valida cada una de las declaratorias de caso para su financiamiento. Los entes ejecutores y demás autoridades competentes podrán requerir a los prestadores de servicios información de los casos registrados en el Sistema informático SMSXXI.

Tratándose de un prestador OPD, el médico tratante que registra el caso deberá ser determinado por el Director de la Unidad Médica Acreditada, y el caso validado por el propio Director de la citada Unidad Médica Acreditada, si el caso es devuelto para revisión deberá enviar la información complementaria a la dirección competente de la CNPSS; para las Unidades Médicas Acreditadas de los SESA y los hospitales privados, el médico tratante que registra el caso será determinado por el Director de la Unidad Médica Acreditada y los REPSS (su Director o el funcionario que él designe) serán responsables de validar y dar seguimiento al caso; de igual forma si es devuelto para revisión conjuntamente con la Unidad Médica Acreditada deberá enviar la información complementaria a la dirección competente de la CNPSS.

Las direcciones competentes de la CNPSS (perfil médico CNPSS) revisarán el registro de los casos, verificando que contengan la información requerida que permita su autorización; de proceder, autorizarán los montos para pago; y, enviarán a la DGF un informe de los casos en que proceda el reembolso, para que ésta, a su vez, realice la transferencia de recursos. En el caso de que la intervención haya sido realizada por alguna Unidad Médica Acreditada dependiente de los SESA, el reembolso será cubierto a quien corresponda de acuerdo a la estructura administrativa de cada entidad en los mismos términos en que se realizan las transferencias federales del Sistema. En el caso de que la intervención haya sido realizada por un prestador distinto a los SESA, el pago se hará directamente por la CNPSS al prestador del servicio.

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

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

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

- 1) Registrado: Caso reportado al Sistema Informático del SMSXXI o equivalente, en su caso, por la Unidad Médica Acreditada prestadora de servicios;
- 2) Validado: El REPSS u OPD acepta el caso como susceptible de pago;

- 3) Autorizado: Caso susceptible de pago, por lo que es enviado a la DGF para su procedencia;
- 4) Devuelto para revisión: El caso no cumple con los datos administrativos para su autorización, se devuelve para revisión del REPSS u OPD y/o corrección de información, e
- 5) Inhabilitado: Improcedencia en el pago del caso.

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

Para el pago de intervenciones del SMSXXI, realizadas durante el 2015, se seguirá el mismo procedimiento descrito en el presente inciso, siempre que los casos hayan sido presentados por los REPSS, prestadores OPDs, o privados con la totalidad de la información y validados antes del 31 de enero de 2016. Lo dispuesto en el presente párrafo no será aplicable para las intervenciones que se incorporan en las Reglas de Operación, sólo serán financiadas aquéllas que sean registradas a partir del 1 de enero de 2016.

Transcurrido el plazo a que se refiere la primera parte del párrafo anterior, sin que se haya presentado la totalidad de la información correspondiente, se procederá a la automática inhabilitación de los registros que no se hayan validado. Los registros validados correspondientes al corte 2015 que no hubieren cumplido con los datos administrativos para su autorización, no serán devueltos mediante el sistema informático SMSXXI o equivalente en su caso ya que el sistema no permitirá ningún cambio en el estatus o información de ningún caso 2015 por parte del prestador o validador, la información complementaria se solicitará mediante correo electrónico, y por este mismo medio se enviarán los sustentos y/o desglose del tabulador en el formato que se establecerá para tal fin y que será publicado en el portal del Sistema Informático SMSXXI.

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

a) Características.

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

1) En el caso de la prestación de servicios de salud por parte del IMSS e ISSSTE:

- o Las condiciones para la prestación, las cuotas y la mecánica de pago serán las establecidas en los Convenios de Colaboración Interinstitucional para la Ejecución de Acciones relativas al Seguro Médico Siglo XXI, antes denominado Seguro Universal de Salud para Niños o Seguro Médico para una Nueva Generación, suscritos o que se suscriban por la Secretaría y el IMSS e ISSSTE, respectivamente, incluyendo los convenios modificatorios respectivos celebrados en su caso, así como en los convenios específicos que se firmen entre estas instituciones, según sea el caso, a través de sus delegaciones, los SESA y la CNPSS .
- o Conforme a lo establecido en estos Convenios, por la prestación de los servicios médicos para las niñas y niños beneficiarios del SMSXXI, la Secretaría, a través de la CNPSS, pagará a las instituciones una tarifa fija anual conforme a la edad de la niña o niño. Estos servicios incluirán las intervenciones del nivel de atención señaladas explícitamente en los convenios firmados.
- o El importe por traslados en ambulancia de pacientes del SMSXXI del establecimiento para la atención médica de las instituciones señaladas a uno de atención hospitalaria o de alta especialidad de los SESA, se determinará conforme a lo establecido en los convenios suscritos con la Secretaría.
- o Las tarifas e importes a que hacen referencia los párrafos anteriores, así como los Convenios respectivos, estarán disponibles en la página electrónica de la CNPSS.
- o Para estos efectos, se podrá celebrar, en su caso y conforme a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, un Convenio Específico de Coordinación Interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al SMSXXI, por la CNPSS, la Delegación correspondiente del IMSS y los SESA, por virtud del cual se otorguen a los beneficiarios del SMSXXI los servicios de salud; lo anterior conforme al convenio marco celebrado con el IMSS a que se refiere el primer párrafo de este numeral.

- 2)** En el caso de la prestación de servicios otorgados por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud:
- o** Los montos a cubrir por la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del SMSXXI, así como los procedimientos para su registro y pago, serán establecidos en los convenios que para estos efectos se suscriban conforme a las formalidades, términos y condiciones que se celebren, debiendo sujetarse a la legislación estatal aplicable, así como observar las disposiciones federales correspondientes dada la naturaleza de los recursos transferidos.
 - o** Los convenios a que se refiere el párrafo anterior, estarán disponibles en la página de Internet de la CNPSS.

b) Forma de pago y periodicidad.

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

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

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

a) Características.

Para el Tamizaje Auditivo, se podrán utilizar los recursos del SMSXXI para que el CNEGSR transfiera a las entidades federativas para la adquisición de Equipos de Emisiones Otoacústicas en las Unidades Médicas Acreditadas que se requiera. Asimismo, se podrá dotar de equipos adicionales para estudio de potenciales evocados auditivos del tallo cerebral, como prueba confirmatoria de Hipoacusia severa y profunda a las entidades federativas que se caracterizan por atender el mayor porcentaje de nacimientos y contar con una alta dispersión de la población.

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

Los equipos serán adquiridos por los SESA, conforme a la normativa aplicable, para su registro, resguardo y utilización. El mantenimiento preventivo y correctivo del equipo será responsabilidad y estará a cargo de los recursos propios de la entidad federativa a la que corresponda el SESA.

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

b) Formas de pago y periodicidad.

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

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

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

El CNEGSR informará trimestralmente a la CNPSS, lo siguiente:

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

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

a) Características.

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

- 1) Factores de riesgo biológico;
- 2) Exploración neurológica;

- 3) Señales de alerta;
- 4) Señales de alarma, y
- 5) Áreas del desarrollo (motor grueso, motor fino, lenguaje, social y conocimiento).

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

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

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

El referido programa de estimulación temprana, está encaminado a desarrollar y potencializar habilidades cognitivas relacionadas con destrezas visio-motoras, constancia de forma, percepción de figura-fondo, aspectos básicos para la integración del lenguaje oral y escrito y el pensamiento matemático, actividades que incorporen material didáctico previamente estandarizado en población mexicana; promoviendo el óptimo desarrollo para integrar exitosamente a la niña o niño a la vida escolar.

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

b) Forma de pago y periodicidad.

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

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

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

a) Características.

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

b) Forma de pago y periodicidad.

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

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

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

5.3.7. Apoyo económico para el Tamiz Metabólico Semiemplado.

a) Características.

Respecto del Tamiz Metabólico Semiemplado, con recursos del SMSXXI, se adquirirán los insumos (papel filtro, reactivos y material consumibles) o se contratarán los servicios para la realización de pruebas de detección y las pruebas confirmatorias para todos los sospechosos detectados y de seguimiento para todos los confirmados, para hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, galactosemia, fenilcetonuria y fibrosis quística. La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud a través del CNEGSR tendrá la responsabilidad de la programación y distribución de estos insumos, así como, en su caso, de realizar los procedimientos para la contratación para llevar a cabo el tamizaje para la detección oportuna de errores congénitos del metabolismo en neonatos, para lo cual deberá establecer los requisitos técnicos, operativos y de calidad que deberán cumplir los insumos y/o prestadores de los servicios que para tal efecto se adquieran o contraten. A todos los recién nacidos se les deberá practicar la prueba de Tamiz Metabólico Semiemplado entre el tercer y quinto día de vida, sin costo para los primeros y sin cargo adicional para el SMSXXI.

b) Forma de pago y periodicidad.

Para la adquisición de insumos (papel filtro, reactivos y material consumibles) o la contratación de servicios para el Tamiz Metabólico Semiemplado y para las pruebas confirmatorias y de seguimiento, la CNPSS transferirá los recursos al CNEGSR, con base en la solicitud fundada de este último que será enviada durante el primer trimestre del ejercicio fiscal 2016, y la disponibilidad presupuestaria. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos serán responsabilidad del CNEGSR. Asimismo, dicho Centro será el responsable de establecer los procedimientos administrativos, metodológicos y operativos necesarios para su adquisición, distribución y aplicación y, en su caso, contratación en las mejores condiciones posibles, en cuanto a la calidad, precio, seguridad y oportunidad en el abasto de los mismos, con apego a las disposiciones normativas aplicables e informará trimestralmente a la CNPSS lo siguiente:

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

5.4. De los recursos no destinados al fin.

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

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

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

5.5. Padrón de beneficiarios.

Para la instrumentación y operación del SMSXXI se integrarán al Padrón los componentes que resulten necesarios a fin de estar en posibilidad de registrar y generar la información específica de los beneficiarios del SMSXXI. El Padrón será integrado y administrado de conformidad con las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2005 y sus reformas, y demás ordenamientos que resulten aplicables.

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

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

La construcción del Padrón de Beneficiarios del SMSXXI se llevará a cabo conforme al modelo de estructura de datos del domicilio geográfico establecido en el Acuerdo por el que se aprueba la Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos, emitida por la Junta de Gobierno del INEGI de fecha 8 de noviembre de 2010 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de noviembre de 2010. Lo anterior en estricta observancia al Acuerdo antes referido y al oficio circular con números 801.1.-279 y SSFP/400/124/2010 emitido por las SHCP y la SFP, respectivamente.

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

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

5.6. Prestación de servicios.

5.6.1. Organización de los servicios.

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

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

Las redes de servicios que atiendan a los beneficiarios del SMSXXI, deberán estar supeditadas orgánicamente a las jurisdicciones sanitarias y conformarse con la cantidad y distribución de centros de salud de atención primaria existentes para brindar una atención cercana y oportuna a los beneficiarios. Dichos establecimientos para la atención médica deberán estar vinculados con una Unidad Médica Acreditada de atención hospitalaria que deberá servir de primera referencia para la prestación de los servicios de salud en las especialidades básicas, así como contar con mecanismos establecidos para el envío de pacientes a las Unidades Médicas Acreditadas que proporcionen los servicios en las demás especialidades de la medicina que comprenden el conjunto de atenciones que garantizan el SMSXXI y el Sistema.

5.6.2. Acceso a los establecimientos de salud.

El acceso de los beneficiarios a los establecimientos de atención primaria, se realizará de conformidad al programa de visitas médicas establecido en el apartado de Corresponsabilidades en materia de salud descrito en el punto 4.6.3 de las Reglas de Operación, así como por indicaciones del médico tratante o por necesidad percibida por el padre o madre o tutor del beneficiario. Los padres o tutores deberán llevar al menor a la unidad de atención primaria con su médico responsable de la atención de la niña o niño y de la familia.

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

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

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

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

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

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

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

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

La atención hospitalaria de los afiliados al SMSXXI se sujetará a los procedimientos vigentes en las Unidades Médicas Acreditadas de atención hospitalaria y de alta especialidad, requiriendo necesariamente el consentimiento informado del padre, tutor o del familiar que acompañe al paciente.

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

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

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

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

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

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

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

Al ser dado de alta el paciente deberá acudir a su centro de salud con el Formato de referencia descrito en el Anexo 8 de las Reglas de Operación, proporcionado por el médico tratante, para dar seguimiento de su padecimiento y, en su caso, para que le proporcionen los medicamentos necesarios.

5.6.4. Expediente clínico.

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

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

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

5.6.5. Sobre la prestación indirecta de servicios médicos.

Los REPSS podrán celebrar convenios para la utilización de infraestructura con los establecimientos para la atención médica de los beneficiarios de conformidad con lo establecido en el numeral 5.1.4 de las Reglas de Operación.

5.6.6. Garantías en la Calidad.

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

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

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

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

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

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

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

6. Informes programáticos presupuestarios.

6.1. Programación del gasto.

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

La coordinación con otros programas implica únicamente la vinculación de estrategias y acciones, así como el intercambio de información y en ningún caso la transferencia de recursos, salvo en los casos de: Tamiz Auditivo, capacitación al personal que otorgan servicios a los beneficiarios del SMSXXI, evaluación del Desarrollo Infantil, equipamiento de los Bancos de Leche Humana, tamiz metabólico semiampliado, a que hacen referencia los numerales 5.3.4, 5.3.5, 5.3.6, y 5.3.7 respectivamente, de las Reglas de Operación.

6.2. Ejercicio del gasto.

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

La comprobación del ejercicio de los recursos que se transfieran a las entidades federativas y otros prestadores de servicios por el pago de intervenciones cubiertas por el SMSXXI, en términos de los numerales 5.3.2 y 5.3.3 de las Reglas de Operación se hará con la factura o el recibo, según corresponda.

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

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

6.2.2. Informes del ejercicio de los recursos.

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

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

- b) Los informes del ejercicio de los recursos referidos en los numerales anteriores, que se envíen por las entidades federativas a la CNPSS, mediante el Anexo 5 de las Reglas de Operación se harán en términos de su instructivo de llenado y para el caso específico del apoyo económico contemplado en el numeral 5.3.1, adicional a ello, se hará conforme a las partidas de gasto precisadas en el Anexo 12 de las Reglas de Operación. El alcance de las partidas de gasto se encuentra definido en el Acuerdo por el que se expide el Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal vigente.

6.2.3 Comprobantes de transferencias de recursos.

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

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

La notificación de transferencia por parte de la CNPSS a través de la DGF, independientemente de su entrega oficial, podrá ser vía correo electrónico a las cuentas institucionales que se señalen en el convenio respectivo. En caso de existir modificación a las cuentas de correo electrónico institucional, ésta deberá notificarse de manera oficial a la CNPSS a través de la DGF.

6.3. Avances físico-financieros.

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

La CNPSS formulará y enviará trimestralmente, a través de la Secretaría, a la Cámara de Diputados el reporte de avances físico-financieros sobre el presupuesto ejercido, así como informes sobre el cumplimiento de las metas y objetivos con base en los indicadores de desempeño previstos en las Reglas de Operación, y los correspondientes a los instrumentos específicos firmados con instituciones del Sistema Nacional de Salud para la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del SMSXXI.

6.4. Cierre del ejercicio.

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

7. De la cancelación de los apoyos del SMSXXI.

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

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

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

8. Seguimiento operativo, control y auditoría.

8.1. Seguimiento operativo.

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

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

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

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

A fin de contribuir en la garantía de la Calidad a los afiliados al Sistema, los establecimientos acreditados pueden, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables, ser sujetos de supervisión por parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en el ámbito de sus atribuciones.

8.2. Indicadores de desempeño.

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

8.3. Control y auditoría.

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

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

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

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

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

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

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

8.4. Gastos indirectos

En cuanto a los gastos indirectos del Programa para el Ejercicio Fiscal 2016, se ajustarán a lo establecido en el Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal, publicado el 10 de diciembre de 2012 en el DOF y los Lineamientos para la aplicación y seguimiento de las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal, publicados en el DOF el 30 de enero de 2013.

9. Contraloría Social

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

La CNPSS y las entidades federativas, atendiendo a su ámbito de competencia, deberán sujetarse a lo establecido en el Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 11 de abril de 2008, con la finalidad de promover y realizar las acciones necesarias para la integración, operación y reporte de la contraloría social, mediante el esquema validado por la Secretaría de la Función Pública.

10. Evaluación

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

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

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

11. Transparencia

Las instancias involucradas en el SMSXXI deberán de cumplir, bajo su estricta responsabilidad, con lo establecido en los artículos 29 y 30 del PEF.

12. Quejas y denuncias

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

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

- a) Por escrito: Libremente o a través de los formatos establecidos para tal fin, procurando que se proporcione la información indispensable para dar el curso legal respectivo a cada caso, como es el nombre y firma del peticionario, denunciante o quejoso, domicilio, localidad, municipio, entidad federativa, relación sucinta de hechos, fecha, nombre de la persona o servidor público contra quien vaya dirigida la inconformidad y la institución a la que pertenezca o, en su caso, del prestador de servicio. La población podrá presentar sus quejas, denuncias, peticiones y reconocimientos a través de los siguientes medios e instancias:
 - Personalmente, en los buzones que se encuentren instalados en los MAO del SPSS, o en los buzones de los módulos de Atención del Sistema Unificado de Gestión (SUG) de la Secretaría de Salud;
 - Personalmente ante las oficinas del Órgano Estatal de Control o ante la Contraloría Interna de la institución de adscripción del servidor público denunciado o responsable de proporcionar el beneficio o ante la contraloría Interna de la Secretaría;
 - Personalmente ante las oficinas de la CNPSS;
 - Personalmente ante las oficinas de los REPSS, y
 - En la SFP, ubicada en avenida Insurgentes Sur 1735, piso 10, ala Sur, Colonia Guadalupe Inn, código postal 01020, delegación Álvaro Obregón, México, D.F.
- b) Por teléfono, en el Centro de Atención Telefónica o Call Center a los números siguientes:
 - Teléfono lada sin costo de la CNPSS 01-800POPULAR (01 800 767 8527), en el horario de 7:00 a 22:00 horas, de lunes a domingo durante todo el año;
 - (55) 2000-3100 exts. 3120 y 3121, del Órgano 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;
 - A los de los sistemas de atención que operen en cada entidad federativa bajo la dirección de cada Órgano Estatal de Control, y
 - A través del Centro de Contacto Ciudadano de la SFP, lada sin costo 01800-3862466 en el interior de la República Mexicana, al 20002000 en el D.F. y al 18004752393 de Estados Unidos de América.
- c) Por medios electrónicos, a través de:
 - Buzón electrónico. Contacto a través de la página electrónica de la CNPSS: www.seguro-popular.gob.mx; en los íconos de buzón de voz, llamada rápida, chat en línea y buzón electrónico, y
 - Correo electrónico de Sactel: sactel@funcionpublica.gob.mx.

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

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

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

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

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

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

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

Las medidas de ayuda, asistencia, atención y demás establecidas en la Ley mencionada, se brindarán por las instituciones públicas de las entidades federativas, a través de los programas, mecanismos y servicios con que cuenten, salvo en los casos urgentes o de extrema necesidad, así como en los previstos en las Reglas de Operación, en los que se podrá recurrir a los OPD, el IMSS, el ISSSTE y prestadores de servicios no gubernamentales, conforme a los convenios que se señalan en el numeral 5.2 de las Reglas de Operación.

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

14. Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre

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

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

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

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

ANEXO 1. LISTADO DE INTERVENCIONES MÉDICAS CUBIERTAS POR EL SMSXXI Y SUS TABULADORES CORRESPONDIENTES

Núm.	Grupo	Enfermedad	Clave CIE-10	Tabulador
1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Tuberculosis del Sistema Nervioso	A17	\$39,679.32
2		Tuberculosis Miliar	A19	\$38,646.57
3		Listeriosis	A32	\$25,671.61
4		Tétanos neonatal	A33.X	\$61,659.24
5		Septicemia no especificada (incluye choque séptico)	A41.9	\$46,225.45
6		Sífilis congénita	A50	\$12,329.78
7		Encefalitis viral, no especificada	A86	\$39,679.32
8		Enfermedad debida a virus citomegálico	B25	\$22,688.36
9		Toxoplasmosis	B58	\$27,027.53
10	Tumores	Tumor benigno de las glándulas salivales mayores (Ránula)	D11	\$30,563.96
11		Tumor benigno del mediastino	D15.2	\$75,873.96
12		Tumor benigno de la piel del labio	D23.0	\$18,767.81
13		Tumor benigno del ojo y sus anexos	D31	\$38,362.50
14	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	Púrpura trombocitopénica idiopática	D69.3	\$41,313.55
15		Inmunodeficiencia con predominio de defectos de los anticuerpos	D80	Pago por facturación
16		Inmunodeficiencias combinadas	D81	Pago por facturación
17		Otras inmunodeficiencias	D84	Pago por facturación
18	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Intolerancia a la lactosa	E73	\$23,072.48
19		Fibrosis quística	E84	Pago por facturación
20		Depleción del volumen	E86	\$9,605.00
21		Hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales,	E25.0	Pago por facturación
22		Fenilketonuria	E70.0	Pago por facturación
23		Galactosemia	E74.2	Pago por facturación
24	Enfermedades del sistema nervioso	Otros trastornos del nervio facial	G518	\$31,057.33
25		Síndrome de Guillain-Barré	G61.0	33511.56
26		Parálisis cerebral infantil (Diagnóstico, terapia y en su caso, los insumos o medicamentos especializados utilizados; anual y hasta por 5 años).	G80	Pago por facturación
27		Hemiplejía (Diagnóstico, terapia y en su caso, los insumos o medicamentos especializados utilizados; anual y hasta por 5 años).	G81	Pago por facturación
28		Paraplejía y cuadriplejía (Diagnóstico, terapia y en su caso, los insumos o medicamentos especializados utilizados; anual y hasta por 5 años).	G82	Pago por facturación

29	Enfermedades del ojo	Retinopatía de la prematuridad	H35.1	\$38,913.38
30	Enfermedades del oído	Hipoacusia neurosensorial bilateral (Prótesis auditiva externa y sesiones de rehabilitación auditiva verbal)	H90.3	\$35,421.80
31		Habilitación auditiva verbal en niños no candidatos a implantación de prótesis de cóclea (anual hasta por 5 años)	V57.3 (CIE9 MC)	\$5,668.00
32		Implantación prótesis cóclea	20.96 a 20.98 (CIE9 MC)	\$292,355.98
33		Habilitación auditiva verbal (anual hasta por 5 años).	V57.3 (CIE9 MC)	\$5,668.00
34	Enfermedades del sistema circulatorio	Miocarditis aguda	I40	\$74,173.03
35		Fibroelastosis endocárdica	I42.4	\$26,381.19
36		Hipertensión pulmonar primaria	I27.0	\$78,030.00
37	Enfermedades del sistema respiratorio	Neumonía por Influenza por virus identificado	J10.0	\$19,025.42
38		Neumonía por Influenza por virus no identificado	J11.0	\$19,025.42
39		Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte	J15	\$44,121.11
40		Bronconeumonía, no especificada	J18.0	\$44,121.11
41		Neumonitis debida a sólidos y líquidos	J69	\$60,749.00
42		Piotórax	J86	\$37,733.42
43		Derrame pleural no clasificado en otra parte	J90.X	\$40,721.27
44		Derrame pleural en afecciones clasificadas en otra parte	J91.X	\$29,228.74
45		Neumotórax	J93	\$28,575.51
46		Otros trastornos respiratorios (incluye Enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte, Colapso pulmonar, Enfisema intersticial, Enfisema compensatorio, Otros trastornos del pulmón, Enfermedades del mediastino, no clasificadas en otra parte, Trastornos del diafragma, Otros trastornos respiratorios especificados)	J98.0 al J98.8	\$54,520.10
47	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes	K00	\$15,804.10
48		Estomatitis y lesiones afines	K12	\$14,340.08
49		Otras enfermedades del esófago (Incluye Acalasia del cardias, Úlcera del esófago, Obstrucción del esófago, Perforación del esófago, Disquinesia del esófago, Divertículo del esófago, adquirido, Síndrome de laceración y hemorragia gastroesofágicas, Otras enfermedades especificadas del esófago, Enfermedad del esófago, no especificada)	K22.0 al K22.9	\$38,628.11
50		Constipación	K59.0	\$13,736.30
51		Malabsorción intestinal	K90	Pago por facturación
52		Otros trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte	K91.8	Pago por facturación

53	Enfermedades de la piel	Síndrome estafilocócico de la piel escaldada (Síndrome de Ritter)	L00.X	\$26,384.64
54		Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco	L02	\$10,143.00
55	Enfermedades del sistema osteomuscular	Quiste epidérmico	L72.0	\$8,359.78
56		Artritis piógena	M00	\$45,830.98
57		Artritis juvenil	M08	Pago por facturación
58		Poliarteritis nodosa y afecciones relacionadas	M30	Pago por facturación
59	Enfermedades del sistema genitourinario	Fascitis necrotizante	M72.6	\$50,206.96
60		Síndrome nefrítico agudo	N00	\$27,518.60
61		Síndrome nefrítico, anomalía glomerular mínima	N04.0	\$27,518.60
62		Uropatía obstructiva y por reflujo	N13	\$45,579.12
63		Insuficiencia renal aguda	N17	\$38,963.98
64		Insuficiencia renal terminal	N18.0	Pago por facturación
65		Divertículo de la vejiga	N32.3	\$44,052.99
66		Infección de vías urinarias, sitio no especificado	N39.0	\$16,716.00
67		Hidrocele y espermatocoele	N43	\$19,250.83
68		Orquitis y epididimitis	N45	\$20,142.13
69	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Fístula vesicovaginal	N82.0	\$45,902.29
70		Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	P00.0	\$58,596.63
71		Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de membranas	P01.1	\$20,517.05
72		Feto y recién nacido afectado por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas	P02	\$14,764.00
73		Feto y recién nacido afectados por drogadicción materna	P04.4	\$58,596.63
74		Retardo en el crecimiento fetal y desnutrición fetal	P05	\$57,830.70
75		Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	P07.0, P07.2	\$44,401.00
76		Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer	P08	\$20,517.05
77		Hemorragia y laceración intracraneal debidas a traumatismo del nacimiento	P10	\$95,077.64
78		Otros traumatismos del nacimiento en el sistema nervioso central	P11	\$93,975.89
79		Traumatismo del nacimiento en el cuero cabelludo /(incluye cefalohematoma)	P12	\$15,906.46

80	Traumatismo del esqueleto durante el nacimiento	P13	\$39,909.33
81	Traumatismo del sistema nervioso periférico durante el nacimiento	P14	\$29,792.27
82	Otros traumatismos del nacimiento	P15	\$34,354.55
83	Hipoxia intrauterina	P20	\$32,355.75
84	Asfixia al nacimiento	P21	\$33,072.23
85	Dificultad respiratoria del recién nacido	P22.0, P22.8, P22.9	\$48,406.00
86	Taquipnea transitoria del recién nacido	P22.1	\$20,517.05
87	Síndromes de aspiración neonatal	P24	\$31,014.78
88	Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el período perinatal	P25	\$40,254.35
89	Hemorragia pulmonar originada en el período perinatal	P26	\$40,254.35
90	Displasia broncopulmonar originada en el período perinatal	P27.1	\$41,161.75
91	Otras apneas del recién nacido	P28.4	\$33,072.23
92	Sepsis bacteriana del recién nacido	P36	\$47,172.00
93	Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve	P38.X	\$27,096.53
94	Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido	P52	\$61,645.44
95	Enfermedad hemorrágica del feto y del recién nacido	P53.X	\$29,449.55
96	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	P55	\$28,803.22
97	Hidropesía fetal debida a enfermedad hemolítica	P56	\$30,176.39
98	Ictericia neonatal debida a otras hemólisis excesivas	P58	\$27,833.72
99	Ictericia neonatal por otras causas y las no especificadas	P59	\$17,701.70
100	Coagulación intravascular diseminada en el feto y el recién nacido	P60.X	\$51,245.46
101	Policitemia neonatal	P61.1	\$23,338.14
102	Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido	P70	\$23,399.09
103	Trastornos neonatales transitorios del metabolismo del calcio y del magnesio	P71	\$23,129.98
104	Alteraciones del equilibrio del sodio en el recién nacido	P74.2	\$23,129.98
105	Alteraciones del equilibrio del potasio en el recién nacido	P74.3	\$23,129.98
106	Síndrome del tapón de meconio	P76.0	\$35,391.90

107		Otras peritonitis neonatales	P78.1	\$57,553.53
108		Enterocolitis necrotizante	P77	\$83,382.70
109		Convulsiones del recién nacido	P90.X	\$27,401.30
110		Depresión cerebral neonatal	P91.4	\$41,384.86
111		Encefalopatía hipóxica isquémica	P91.6	\$33,072.23
112	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Anencefalia	Q00.0	\$15,501.64
113		Encefalocele	Q01	\$37,246.95
114		Estenosis y estrechez congénitas del conducto lagrimal	Q10.5	\$16,223.88
115		Catarata congénita	Q12.0	\$17,410.00
116		Otras malformaciones congénitas del oído (Microtia, macrotia, oreja supernumeraria, otras deformidades del pabellón auricular, anomalía de la posición de la oreja, oreja prominente)	Q17	\$20,258.28
117		Seno, fístula o quiste de la hendidura branquial	Q18.0	\$19,457.84
118		Malformaciones congénitas de la nariz	Q30	\$18,722.95
119		Malformación congénita de la laringe (Incluye laringomalacia congénita)	Q31	\$15,714.40
120		Malformaciones congénitas de la tráquea y de los bronquios	Q32	\$35,067.59
121		Malformaciones congénitas del pulmón	Q33	\$35,794.42
122		Otras malformaciones congénitas del intestino (Incluye divertículo de Meckel, Enfermedad de Hirschsprung y malrotación intestinal)	Q43	\$64,916.21
123		Malformaciones congénitas de vesícula biliar, conductos biliares e hígado (Incluye atresia de conductos biliares y quiste de colédoco)	Q44	\$76,250.03
124		Páncreas anular	Q45.1	\$42,097.89
125		Anquiloglosia	Q38.1	\$2,392.00
126		Síndrome de Potter	Q60.6	\$53,839.99
127		Duplicación del uréter	Q62.5	\$34,275.20
128		Riñón supernumerario	Q63.0	\$40,986.94
129		Riñón ectópico	Q63.2	\$40,341.75
130		Malformación del uraco	Q64.4	\$38,920.28
131		Ausencia congénita de la vejiga y de la uretra	Q64.5	\$60,096.31
132		Polidactilia	Q69	\$65,269.27
133		Sindactilia	Q70	\$26,550.25
134		Craneosinostosis	Q75.0	\$138,668.31
135		Hernia diafragmática congénita	Q79.0	\$73,510.59
136		Ictiosis congénita	Q80	\$22,781.51
137		Epidermólisis bullosa	Q81	\$22,982.77
138		Nevo no neoplásico, congénito	Q82.5	\$21,767.16
139		Anormalidades cromosómicas (Diagnóstico)	Q90 – Q99	\$30,414.45

140	Síntomas y signos generales	Choque hipovolémico	R57.1	\$43,282.45
141	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	Fractura de la bóveda del cráneo	S02.0	\$20,182.00
142		Traumatismo intracraneal con coma prolongado	S06.7	\$230,116.37
143		Avulsión del cuero cabelludo	S080	\$39,222.75
144		Herida del tórax	S21	\$23,941.92
145		Traumatismo por aplastamiento del pulgar y otro(s) dedo(s)	S67.0	\$7,119.00
146	Quemaduras y corrosiones	Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo	T203,T213, T223,T233, T243,T253, T293,T303	\$107,138.31
147	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	Efectos adversos de drogas de afectan primariamente el sistema nervioso autónomo	Y51	\$18,331.93
148		Efectos adversos de vacunas bacterianas	Y58	\$18,810.36
149	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	Atención de orificios artificiales (que incluye Atención de traqueostomía, gastrostomía, ileostomía, colostomía, otros orificios artificiales de las vías digestivas, cistostomía, otros orificios artificiales de las vías urinarias y vagina artificial)	Z43	\$31,469.11

ANEXO 2. CONCEPTO DE GASTOS NO CUBIERTOS POR EL SMSXXI

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

ANEXO 3. INTERVENCIONES CUBIERTAS PARA MENORES DE CINCO AÑOS POR EL CAUSES DEL SISTEMA, EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVELES DE ATENCIÓN

NÚMERO DE INTERVENCIÓN	CONGLOMERADO	NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN
1	INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA.	Vacunación Contra Tuberculosis (B.C.G.)
2		Vacunación Contra Hepatitis B (HB) Menores De 14 Años
3		Administración de Vacuna Pentavalente (DPT, HB, HIB)
4		Vacunación Contra Rotavirus
5		Vacunación Contra Neumococo Conjugado (Heptavalente)
7		Vacunación Contra Sarampión, Parotiditis y Rubéola (SRP)
8		Vacunación Contra Difteria, Tosferina y Tétanos (DPT)
9		Vacunación Contra Poliomieltitis (Sabin)
16		Acciones Preventivas para Recién Nacido
17		Acciones Preventivas para Menores de 5 Años
27		Otras Acciones de Promoción a la Salud y Prevención de Riesgos
28	INTERVENCIONES DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, FAMILIAR Y DE ESPECIALIDAD.	Diagnóstico y Tratamiento de Anemia Ferropriva y por Deficiencia de Vitamina B12
29		Diagnóstico y Tratamiento por Deficiencia de Vitamina A
30		Diagnóstico y Tratamiento de Escarlatina
31		Diagnóstico y Tratamiento de Sarampión, Rubéola y Parotiditis
32		Diagnóstico y Tratamiento de Varicela
33		Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda
34		Diagnóstico y Tratamiento de Tos Ferina
35		Diagnóstico y Tratamiento de Otitis Media no Supurativa
36		Diagnóstico y Tratamiento de Rinofaringitis Aguda
37		Diagnóstico y Tratamiento de Conjuntivitis
38		Diagnóstico y Tratamiento de Rinitis Alérgica y Vasomotora
39		Diagnóstico y Tratamiento de Dengue Clásico
40		Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome Diarreico Agudo
41		Diagnóstico y Tratamiento de Fiebre Paratifoidea y otras Salmonelosis
42		Diagnóstico y Tratamiento de Fiebre Tifoidea
44		Diagnóstico y Tratamiento de Candidiasis Oral

46	Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones por Chlamydia (Incluye Tracoma)
47	Diagnóstico y Tratamiento de Trichomoniasis
49	Diagnóstico y Tratamiento de Cistitis
50	Diagnóstico y Tratamiento de Vaginitis Aguda
51	Diagnóstico y Tratamiento de Vulvitis Aguda
54	Diagnóstico y Tratamiento de Amebiasis
55	Diagnóstico y Tratamiento de Anquilostomiasis y Necatoriasis
56	Diagnóstico y Tratamiento de Ascariasis
57	Diagnóstico y Tratamiento de Enterobiasis
58	Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de Equinococosis
59	Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de Esquistosomiasis
60	Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de Estrongiloidiasis
61	Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de Filariasis
62	Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de Giardiasis
63	Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de Teniasis
64	Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de Tricuriasis
66	Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de Brucelosis
67	Diagnóstico y Tratamiento Escabiosis
68	Diagnóstico y Tratamiento de Pediculosis y Phthiriasis
69	Diagnóstico y Tratamiento de Micosis Superficiales
71	Diagnóstico y Tratamiento de Erisipela y Celulitis
72	Diagnóstico y Tratamiento de Procesos Infecciosos de Rezago (Paludismo, Rickettsiosis, Lepra, Enfermedad de Chagas, Leishmaniasis, Oncocercosis)
73	Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis Alérgica y de Contacto
74	Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis Atópica
75	Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis de Contacto por Irritantes
76	Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis del Pañal
77	Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis Exfoliativa
78	Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis Seborreica
79	Diagnóstico y Tratamiento de Verrugas Vulgares

81	Diagnóstico y Tratamiento de Infección Aguda por Virus de la Hepatitis A y B
88	Atención por algunos Signos, Síntomas y otros Factores que Influyen en el estado de salud
93	Diagnóstico y tratamiento por Déficit de Atención con Componente Hiperactivo
94	Diagnóstico y tratamiento de Autismo y Síndrome de Asperger
99	Diagnóstico y tratamiento de Vaginitis Subaguda y Crónica
101	Diagnóstico y tratamiento de Uretritis y Síndrome Uretral
104	Diagnóstico y tratamiento de Desnutrición Leve, Moderada y Severa
105	Diagnóstico y tratamiento de Desnutrición Severa Tipo Kwashiorkor
106	Diagnóstico y tratamiento de Desnutrición Severa Tipo Marasmo
107	Diagnóstico y tratamiento de Secuelas de Desnutrición
108	Diagnóstico y tratamiento médico del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes
109	Diagnóstico y tratamiento de Laringotraqueitis Aguda
110	Diagnóstico y tratamiento de Otitis Media Supurativa
111	Diagnóstico y tratamiento de Sinusitis Aguda
113	Diagnóstico y tratamiento de Asma y sus Exacerbaciones en Menores De 18 Años
114	Diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis (Taes)
115	Diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis Farmacorresistente (TAES)
116	Diagnóstico y tratamiento de Psoriasis
117	Diagnóstico y tratamiento de Esofagitis por Reflujo
122	Diagnóstico y tratamiento de Hipotiroidismo
123	Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 1
129	Diagnóstico y tratamiento de Trastornos De Ansiedad (Ansiedad Generalizada, Trastornos De Pánico, Reacción A Estrés, Trastornos De Adaptación {Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno Adaptativo})
131	Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de Epilepsia y Crisis Convulsivas

133		Diagnóstico y tratamiento conservador de Luxación Congénita de Cadera
134		Rehabilitación de Fracturas
137	INTERVENCIONES DE ODONTOLOGÍA.	Prevención de Caries Dental
138		Aplicación de Selladores de Fosetas y Fisuras Dentales
139		Restauraciones Dentales con amalgama, ionómero de vidrio y resina, por caries o fractura de los dientes
140		Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos agudos en la cavidad bucal
141		Extracción de dientes erupcionados y restos radiculares
142		Terapia Pulpar
146	INTERVENCIONES EN URGENCIAS.	Estabilización en urgencias del paciente diabético con Cetoacidosis
149		Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por Fenotiazinas
150		Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por Álcalis, Cáusticos y sustancias Alcalinas similares
151		Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por Salicilatos
152		Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por Metanol
153		Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por Insecticidas Organofosforados y Carbamatos
154		Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por Monóxido de Carbono
155		Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por Mordedura de Serpiente
156		Diagnóstico y tratamiento de picadura de alacrán
157		Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, araña y otros artrópodos
158		Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda alimentaria
159		Manejo de mordedura y prevención de Rabia en Humanos
160		Extracción de cuerpos extraños
161		Curación y suturas de lesiones traumáticas de tejidos blandos
162		Diagnóstico y tratamiento del Traumatismo Craneoencefálico Leve
163		Manejo en urgencias de Quemaduras de Primer Grado
165		Diagnóstico y tratamiento de Esguince de Hombro

166		Diagnóstico y tratamiento de Esguince de Codo
167		Diagnóstico y tratamiento de Esguince de muñeca y mano
168		Diagnóstico y tratamiento conservador de esguince de rodilla
169		Diagnóstico y tratamiento de esguince de tobillo y pie
170	INTERVENCIONES DE HOSPITALIZACIÓN.	Diagnóstico y tratamiento de Pielonefritis
171		Diagnóstico y tratamiento de Bronquiolitis
172		Diagnóstico y tratamiento de Bronquitis Aguda
173		Diagnóstico y tratamiento de Meningitis y Meningoencefalitis Agudas
174		Diagnóstico y Tratamiento de Mastoiditis
175		Diagnóstico y Tratamiento de Osteomielitis
176		Diagnóstico y tratamiento de Neumonía en menores de 18 años
186		Atención del Recién Nacido
187		Diagnóstico y tratamiento de Ictericia Neonatal
188		Diagnóstico y tratamiento del Prematuro Sin Complicaciones
189		Diagnóstico y tratamiento del Prematuro con Hipotermia
190		Diagnóstico y tratamiento del Prematuro con Bajo Peso al Nacer
199		Diagnóstico y tratamiento del Síndrome Escrotal Agudo
202		Diagnóstico y tratamiento de Dengue Hemorrágico
203		Diagnóstico y tratamiento de Traumatismo Craneoencefálico Moderado
205		Diagnóstico y tratamiento hospitalario del Estatus Epiléptico y Crisis Convulsivas de difícil control
211		Diagnóstico y tratamiento hospitalario de las Quemaduras de Segundo Grado
212		Diagnóstico y tratamiento de Hemorragia Digestiva
219	INTERVENCIONES DE CIRUGÍA GENERAL.	Laparotomía Exploradora
220		Diagnóstico y tratamiento de Apendicitis
224		Diagnóstico y tratamiento de Obstrucción Intestinal
225		Diagnóstico y tratamiento Quirúrgico de Perforación Gástrica y/o Intestinal
226		Diagnóstico y tratamiento del Vólvulo Colónico
230		Diagnóstico y tratamiento de Hernia Hiatal

231	Diagnóstico y tratamiento de Hipertrofia Congénita del Píloro
233	Diagnóstico y tratamiento de Hernia Inguinal
234	Diagnóstico y tratamiento de Hernia Umbilical
235	Diagnóstico y tratamiento de Hernia Ventral
252	Circuncisión
253	Orquidopexia
256	Extirpación de Tumor Benigno en tejidos blandos
257	Amigdalectomía con o sin Adenoidectomía
259	Reparación de Labio Hendido con o sin Paladar Hendido
260	Cirugía de acortamiento muscular para Estrabismo
261	Cirugía de alargamiento muscular para Estrabismo
262	Tratamiento quirúrgico de Glaucoma
264	Tratamiento quirúrgico de Hidrocefalia
265	Colocación y retiro de diversos catéteres
266	Disección radical de cuello
267	Toracotomía, Pleurotomía y Drenaje de Tórax
268	Tratamiento quirúrgico de Luxación Congénita de Cadera
269	Tratamiento quirúrgico de Pie Equino en niños
271	Reducción de Luxaciones bajo anestesia por manipulación
272	Reducción quirúrgica de Fractura de clavícula
273	Reducción quirúrgica de Fractura de húmero
274	Reducción quirúrgica de Fractura de Cúbito y Radio
275	Reducción y quirúrgica de Fractura de Mano
277	Reducción quirúrgica de Fractura de Fémur
278	Reducción quirúrgica de Fractura de Tibia y Peroné
279	Reducción quirúrgica de Fractura de Tobillo y Pie
283	Tratamiento de Quiste Sinovial y Ganglión
284	Diagnóstico y tratamiento de Arritmias Cardiacas (Conservador y Definitivo)

ANEXO 4. INTERVENCIONES PARA MENORES DE CINCO AÑOS CUBIERTAS POR EL FPGC DEL SISTEMA

PACIENTE PEDIÁTRICO / MENORES DE 18 AÑOS				
No.	GRUPO	SUBGRUPO	CLAVE CIE-10	SUBDIAGNÓSTICO
		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO		
1	TRASTORNOS PEDIÁTRICOS: QUIRÚRGICOS, CONGÉNITOS, Y ADQUIRIDOS	Cardiovasculares	Q20 - Q28	Malformaciones congénitas cardíacas
2		Aparato Digestivo	Q39	Atresia de esófago
3			Q79.2	Onfalocele
4			Q79.3	Gastroquisis
5			Q41.0	Atresia / Estenosis duodenal
6			Q41.0	Atresia intestinal
7			Q42	Atresia anal
8		Aparato Urinario	Q60.3, Q60.4 Q60.5, Q61.4	Hipoplasia / Displasia renal
9			Q62.6	Uréter retrocavo
10				Meatos ectópicos
11			Q62.1	Estenosis ureteral
12			Q62.2, Q62.3	Ureteroceles
13			Q64.1	Extrofia vesical
14			Q64.0, Q54X	Hipospadias / Epispadias
15			Q64.2, Q64. 3	Estenosis uretral
16			Q64. 3	Estenosis del meato uretral
17		Columna Vertebral	Q05, Q76.0	Espina bífida
18	ENFERMEDADES METABÓLICAS MENORES DE 10 AÑOS	Enfermedades lisosomales	E75.2	Enfermedad de Fabry / Enfermedad de Gaucher
			E76.0	Mucopolisacaridosis tipo I
			E76.1	Mucopolisacaridosis tipo II
			E76.2	Mucopolisacaridosis tipo VI
			E74.0	Enfermedad de Pompe
19		Hemofilia	D66	Deficiencia hereditaria del Factor VIII
			D67	Deficiencia hereditaria del Factor IX
			D68.0	Enfermedad de Von Willebrand
20		CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS	Tumores del Sistema Nervioso Central	C71.9
21	C71.6			Meduloblastoma
22	C47			Neuroblastoma
23	C72.9			Ependimoma
24				Otros*
25	Tumores Renales		C64	Tumor de Wilms
26				Otros*
27	Leucemias		C91.0	Leucemia Linfoblástica Aguda
28			C92.0	Leucemia Mieloblástica Aguda
29				Leucemias Crónicas
30				Síndromes Preleucémicos

31		Tumores Hepáticos	C22.2	Hepatoblastoma
32			C22.7, C22.9	Hepatocarcinoma
33		Tumores Óseos	C40, C41	Osteosarcoma
34			C41	Sarcoma de Ewing
35		Linfomas	C82,C83,C85	Linfoma no Hodgkin
36			C81	Enfermedad o Linfoma de Hodgkin
37		Tumores del Ojo	C69.2	Retinoblastoma
38		Sarcomas	C49	Sarcoma de Partes Blandas
39		Tumores Germinales		Gonadales
40				Extragenadales
41		Carcinomas		Diversos*
42		Histiocitosis	C96.1, D76.0	Histiocitosis maligna
PACIENTE ADULTO				
NO.		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	CLAVE CIE-10	SUBCATEGORÍA
43	CÁNCER EN MAYORES DE 18 AÑOS	Cáncer Cérvico - Uterino	C53, C54, C55X	Tumor maligno del cuello del útero
			D06	Carcinoma in situ del cuello del útero
44		Cáncer de mama	C50	Tumor Maligno de Mama
		Cáncer Testicular	C62	Seminoma / No seminoma
45		Linfoma No Hodgkin	C82, C83	Folicular / Difuso
		Cáncer de Próstata	C61	Tumor maligno de la próstata
46		Tumor maligno de ovario (germinal)	C56	Tumor maligno del ovario
		Tumor maligno de colon y recto	C18, C19, C20	Tumor maligno del colon Tumor maligno de la unión rectosigmoidea Tumor maligno del recto
47	TRATAMIENTO MÉDICO	Tratamiento Antirretroviral de VIH / SIDA		
	MENORES DE 60 AÑOS	Infarto Agudo del Miocardio	I21	Menores de 60 años
48	20 A 50 AÑOS	Hepatitis Crónica Tipo C	B18.2	Hepatitis viral tipo C crónica
TRASPLANTES				
NO.		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	CLAVE CIE-10	SUBCATEGORÍA
49	PACIENTE PEDIÁTRICO Y ADULTO	Trasplantes	Z94.7	Trasplante de córnea
50			Z94.8	Trasplante de Médula Ósea en menores de 18 años
51				Trasplante de Médula Ósea en mayores de 18 años
52			Z94.0	Trasplante Renal en menores de 18 años

*En estos rubros debemos considerar cualquier tipo de cáncer perteneciente al grupo mencionado

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

Programa Seguro Médico Siglo XXI

Ejercicio Fiscal 2016

(Señalar entidad federativa) ①

(Precisar tipo de apoyo) ②

Recursos transferidos: ③Recursos ejercidos: ④

Partidas de Gasto		Monto
Partida Numérica	Descripción	
⑤	⑥	⑦

Recursos a reintegrar a la Tesorería de la Federación: ⑧

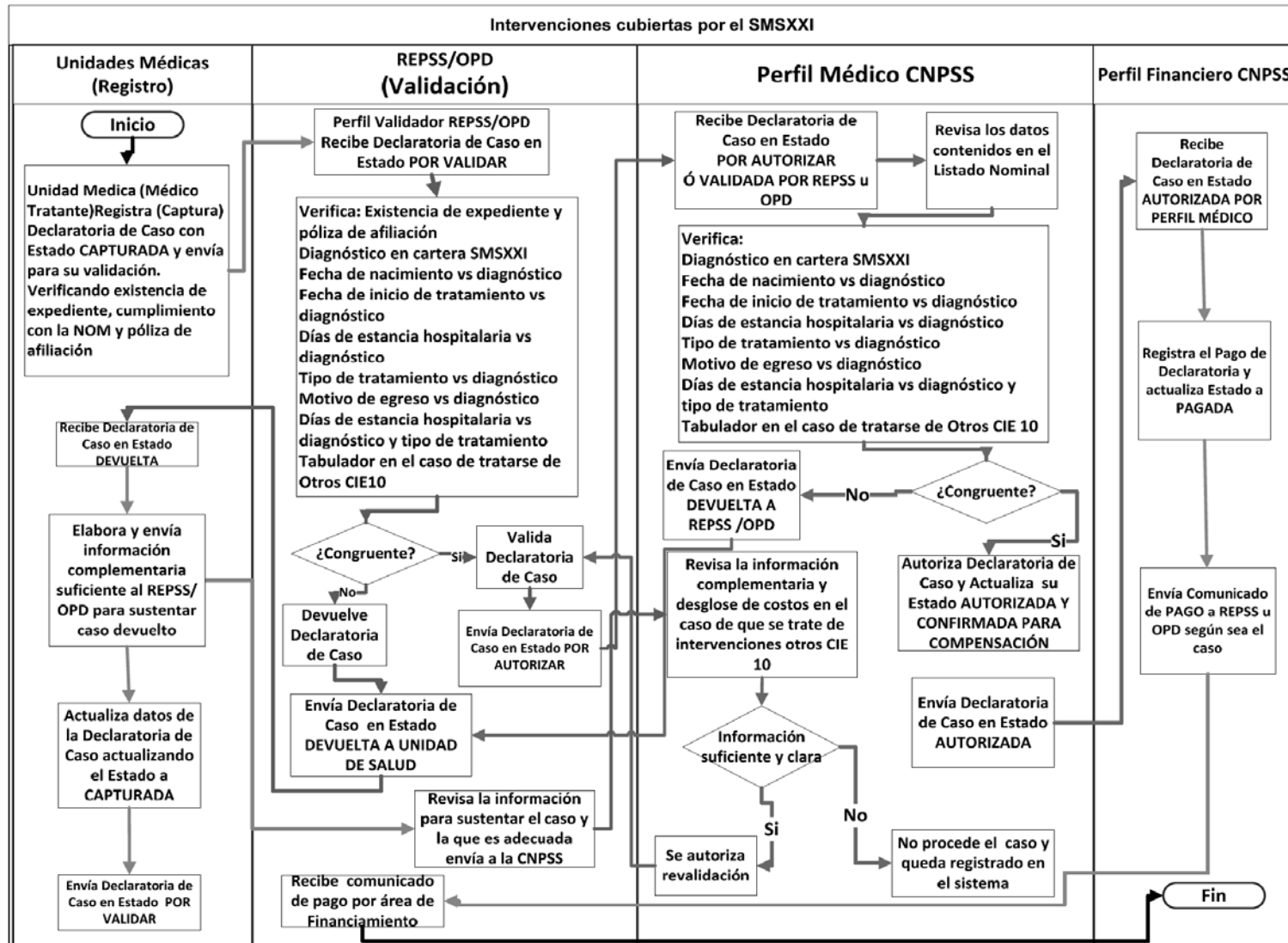
⑨	⑩	⑪
Titular Secretaría de Salud	Titular Dirección	Titular Director del REPSS
Secretario de Salud	Administrativa	Director del REPSS
	Director Administrativo	
	⑫	

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

Instructivo de llenado del Informe Trimestral del Ejercicio de los Recursos

1. Señalar la entidad federativa que presenta el informe.
2. Precisar tipo de apoyo: "Apoyo económico a los SESA por incremento en la demanda de servicios"
3. Establecer la cantidad total de recursos transferidos, según el tipo de apoyo, durante el ejercicio fiscal 2016
4. Establecer la cantidad total de recursos ejercidos, según el tipo de apoyo.
5. Anotar la partida de gasto numérica en la cual se ejercieron los recursos.
6. Enunciar la partida de gasto en la cual se ejercieron los recursos.
7. Manifiestar el ejercicio acumulado por partida de gasto. La suma total de los montos anotados en estos renglones, debe coincidir con el total referido en el numeral 4.
8. Referir el monto total de los recursos no ejercidos, que será reintegrado a la Tesorería de la Federación.
9. Firma autógrafa del Secretario de Salud de la entidad federativa.
10. Firma autógrafa del Director Administrativo de los Servicios de Salud de la entidad federativa.
11. Firma autógrafa del Director del REPSS.
12. Leyenda: "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa".

Anexo 6 Proceso Sistema Seguro Médico Siglo XXI



ANEXO 7 MODELOS DE CONVENIO DE COLABORACIÓN E INSTRUMENTO ESPECÍFICO PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES

CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ “LA SECRETARÍA”, REPRESENTADA POR EL C. COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, _____, ASISTIDO POR EL DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO, _____, Y POR LA OTRA PARTE EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE _____, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “EL ESTADO”, REPRESENTADO POR EL C. SECRETARIO DE FINANZAS (o su equivalente), _____ Y EL (SECRETARIO DE SALUD Y/O EL TITULAR DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD) _____, ASÍ COMO EL _____, TITULAR DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, A QUIENES CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ “LAS PARTES” CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

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

Objetivo 2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente.

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

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

Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud

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

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

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

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

4. El Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016, en su Anexo 25 establece el Seguro Médico Siglo XXI, como uno de los programas que deben sujetarse a Reglas de Operación, mediante el cual el Gobierno Federal continuará con las acciones conducentes que aseguren la cobertura de servicios de la salud de todos los niños en el país, ya que operará en todas las localidades del territorio nacional financiando la atención médica completa e integral a los niños beneficiarios que no cuentan con ningún tipo de seguridad social, al tiempo que garantizará la afiliación inmediata de toda la familia al Sistema de Protección Social en Salud.
5. Con fecha _____, la Secretaría de Salud y _____, suscribieron el Acuerdo Marco de Coordinación con el objeto facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general, así como fijar las bases y mecanismos generales para transferir y dotar a la Entidad de recursos, en lo sucesivo **ACUERDO MARCO DE COORDINACIÓN**, instrumento jurídico que establece la posibilidad de celebrar convenios específicos.

6. Con fecha _____ de diciembre de 2015 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI para el Ejercicio Fiscal 2016 (Reglas de Operación).
7. El objetivo del Programa Seguro Médico Siglo XXI y del reforzamiento de las acciones de los otros programas dirigidos a la población beneficiaria menor de cinco años, es asegurar el financiamiento de la atención médica y preventiva para lograr las mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades para dichos beneficiarios.
8. Para llevar a cabo el objetivo general del Programa mencionado, se realizará la transferencia de recursos federales a las Entidades Federativas, de conformidad con lo que establece la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, en sus artículos 74 y 75, en el sentido de que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizará la ministración de los subsidios y transferencias con cargo a los presupuestos de las dependencias, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables. Dichas transferencias y subsidios deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en la Ley citada se señalan.

DECLARACIONES

I. "LA SECRETARÍA" declara que:

- I.1. Es una Dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, en términos de lo dispuesto en los artículos 2, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la cual le corresponden, entre otras atribuciones, las de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social y servicios médicos y salubridad general.
- I.2. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud es un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, en términos de los artículos 77 bis 35 de la Ley General de Salud, 2 literal C, fracción XII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 3, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el cual cuenta con autonomía técnica, administrativa y de operación.
- I.3. El Comisionado Nacional de Protección Social en Salud tiene la facultad y legitimación para suscribir el presente Convenio, según se desprende de lo previsto en los artículos 38, fracción V, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; y 6, fracción I, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, cargo que se acredita con nombramiento de fecha _____, expedido por _____.
- I.4. Dentro de las facultades de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se encuentran las de instrumentar la política de protección social en salud; impulsar la coordinación y vinculación de acciones del Sistema de Protección Social en Salud con las de otros programas sociales para la atención a grupos indígenas, marginados, rurales y, en general, a cualquier grupo vulnerable desde una perspectiva intercultural que promueva el respeto a la persona y su cultura, así como sus derechos humanos en salud; administrar los recursos financieros que en el marco del Sistema le suministre la Secretaría de Salud y efectuar las transferencias que correspondan a los Estados y al Distrito Federal, acorde a lo establecido en el artículo 4, fracciones I, VI y XIII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- I.5. Corresponde a la Dirección General de Financiamiento entre otras atribuciones: (i) diseñar y proponer en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, los esquemas y mecanismos financieros que sean necesarios para el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, incluyendo el desarrollo de programas de salud dirigidos a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable; (ii) determinar los criterios para la operación y administración de los fondos generales y específicos relacionados con las funciones comprendidas en el Sistema de Protección Social en Salud y de los programas orientados a la atención de grupos vulnerables; (iii) coadyuvar, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, en las acciones de supervisión financiera del Sistema de Protección Social en Salud, y de los programas de atención a grupos indígenas, marginados, rurales y, en general, a cualquier grupo vulnerable para garantizar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, así como de sus metas y objetivos, de conformidad con el artículo 9, fracciones III, VI y VII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- I.6. Cuenta con la disponibilidad presupuestaria correspondiente para hacer frente a las obligaciones derivadas de la suscripción del presente instrumento.

- I.7. Para efectos del presente Convenio señala como domicilio el ubicado en la Calle Gustavo E. Campa número 54, Colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01020, en México, Distrito Federal.

II. "EL ESTADO" declara que:

- II.1. Es un Estado Libre y Soberano que forma parte integrante de la Federación y que el ejercicio de su Poder Ejecutivo se deposita en el Gobernador del Estado, conforme a lo dispuesto por los artículos 40, 42, fracción I y 43 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con las atribuciones y funciones que le confieren la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de _____ y la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____ (o la que corresponda en el Estado).
- II.2. El Secretario de Finanzas (o su equivalente), comparece a la suscripción del presente Convenio de conformidad con los artículos _____ de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____, (o la que corresponda en el Estado), cargo que quedó debidamente acreditado con nombramiento de fecha _____, expedido por _____.
- II.3. El Secretario de Salud y/o el Titular de los Servicios Estatales de Salud, comparece a la suscripción del presente Convenio, de conformidad con los artículos _____ de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____ (o la que corresponda en el Estado), cargo que quedó debidamente acreditado con nombramiento de fecha _____, expedido por _____.
- II.4. El Titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, comparece a la suscripción del presente Convenio, de conformidad con los artículos _____ de _____, cargo que quedó debidamente acreditado con nombramiento de fecha _____, expedido por _____.
- II.5. Para los efectos de este Convenio se considera como Unidad Ejecutora a _____.
- II.6. Sus prioridades para alcanzar los objetivos pretendidos a través del presente instrumento son: _____.
- II.7. Para efectos del presente Convenio señala como domicilio el ubicado en: _____.

III. "LAS PARTES" declaran que:

- III.1. De conformidad con las disposiciones contenidas en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, en específico los artículos 77 bis 11 al 77 bis 19, así como 76 al 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y su Transitorio Décimo Cuarto, y el numeral 4, del Capítulo 2, de los Mecanismos para la contabilización de los Recursos a integrar en la Aportación Solidaria Federal, los recursos federales destinados para el Programa Seguro Médico Siglo XXI, se integran como aportaciones Federales para el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud.
- III.2. Están de acuerdo en celebrar el presente Convenio de Colaboración en materia de transferencia de recursos para la ejecución del Programa Seguro Médico Siglo XXI, conforme a las estipulaciones que se contienen en las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO. El presente Convenio Específico de Colaboración tiene por objeto que "**LA SECRETARÍA**" transfiera a "**EL ESTADO**" recursos presupuestarios federales, correspondientes al ejercicio fiscal 2016, para la ejecución del Programa Seguro Médico Siglo XXI, mismos que deberán ser aplicados exclusivamente en la estrategia del Seguro Médico Siglo XXI, que se encuentra especificada en el numeral 5.3.1. "**Apoyo económico a los SESA por incremento en la demanda de servicios**" de las Reglas de Operación, a fin de dar cumplimiento a los objetivos de ese Programa, los cuales se señalan a continuación:

Objetivo General. Financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de los niños menores de cinco años de edad, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud.

Objetivo Específico. Otorgar el financiamiento para que la población menor de cinco años cuente con un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia de atención médica y preventiva, complementaria a la contenida en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y en el Catálogo de Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), del Sistema de Protección Social en Salud.

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES. “LA SECRETARÍA” transferirá a “EL ESTADO” recursos presupuestarios federales hasta por la cantidad de \$_____ (expresar cantidades en número y letra), correspondientes al Programa Seguro Médico Siglo XXI conforme a lo dispuesto en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016, para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos de los artículos 9 y 13, apartado B), de la Ley General de Salud.

“LA SECRETARÍA” realizará la transferencia en términos de las disposiciones aplicables, radicándose a través de la Secretaría de Finanzas o su equivalente de “EL ESTADO”, en la cuenta bancaria productiva específica que ésta establezca para tal efecto en forma previa a la entrega de los recursos, informando de ello a “LA SECRETARÍA”, con la finalidad de que los recursos transferidos y sus rendimientos financieros estén debidamente identificados.

Los rendimientos financieros que generen los recursos transferidos deberán destinarse al objeto del presente Convenio.

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

La transferencia de los recursos por este concepto se hará de acuerdo a la afiliación reportada por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de “EL ESTADO”, la cual será validada por la Dirección General de Afiliación y Operación, quien a su vez notificará a la Dirección General de Financiamiento, ambas de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, para que se realice la transferencia de los recursos correspondientes.

De conformidad con las disposiciones citadas en la declaración III.1 de este Convenio, deberá considerarse, para todos los efectos jurídico administrativos que corresponda, a la transferencia señalada en la presente cláusula, como la parte del Sistema de Protección Social en Salud correspondiente al Programa Seguro Médico Siglo XXI, y que forma parte integrante de las aportaciones Federales para el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud.

TERCERA.- SUFICIENCIA PRESUPUESTARIA GLOBAL. Los recursos federales transferidos mencionados en la Cláusula Segunda del presente instrumento jurídico, se considerarán como suficiencia presupuestaria global en favor de “EL ESTADO” a partir de la suscripción del presente Convenio. Lo anterior con el propósito de que “EL ESTADO”, a través de su unidad ejecutora, pueda realizar las acciones administrativas que correspondan con la finalidad de realizar los compromisos convenidos, en términos de las disposiciones aplicables, y cumplir con el objeto del presente instrumento.

CUARTA.- DEVENGO POR LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS FEDERALES.

- 1) Los recursos para cumplir con el objeto del presente instrumento que transfiere “LA SECRETARÍA” en favor de “EL ESTADO”, se consideran devengados para “LA SECRETARÍA” una vez que se constituyó la obligación de entregar el recurso de los beneficiarios contenidos en el padrón a que se refieren las Reglas de Operación. A dicha obligación le será aplicable el primer supuesto jurídico que señala el artículo 175 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- 2) “EL ESTADO” por cada transferencia de recursos federales deberá enviar a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, por conducto de la Dirección General de Financiamiento, dentro de los 90 días naturales posteriores a la misma, un recibo que será emitido por la Secretaría de Finanzas o su equivalente, el cual deberá:
 - a) Ser expedido a nombre de: Secretaría de Salud y/o Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
 - b) Precisar el monto de los recursos transferidos;
 - c) Señalar la fecha de emisión;
 - d) Señalar la fecha de recepción de los recursos, y
 - e) Precisar el nombre del Programa y los conceptos relativos a los recursos presupuestarios federales recibidos.

- 3) La notificación de transferencia por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud se realizará por conducto de la Dirección General de Financiamiento, e independientemente de su entrega oficial, podrá ser enviada a través de correo electrónico a la cuenta institucional que para tal efecto indique **“EL ESTADO”**. En caso de existir modificación a dicha cuenta, deberá notificarse de manera oficial a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud por conducto de la Dirección General de Financiamiento.
- 4) Los documentos justificativos de la obligación de pago para **“LA SECRETARÍA”** serán las disposiciones jurídicas aplicables, las Reglas de Operación, la afiliación reportada por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud y validada por la Dirección General de Afiliación y Operación, y el presente Convenio. El documento comprobatorio será el recibo a que se refiere el numeral 2 de la presente cláusula.
- 5) La transferencia presupuestaría a que se refiere el presente Convenio no es susceptible de presupuestarse en los ejercicios fiscales siguientes, por lo que no implica la obligación 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 operaciones inherentes a las obras y equipamiento, ni para cualquier otro gasto administrativo o de operación vinculado con el objeto del mismo.

QUINTA.- EJERCICIO, INFORMACIÓN Y COMPROBACIÓN DE LOS RECURSOS FEDERALES TRANSFERIDOS. Los recursos transferidos se ejercerán conforme a las partidas de gasto precisadas en el Anexo 12 de las Reglas de Operación.

“EL ESTADO”, por conducto del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, deberá informar a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud a través de la Dirección General de Financiamiento, sobre el ejercicio de los recursos transferidos, de acuerdo con lo siguiente:

- a) Reportará trimestralmente el ejercicio de los recursos transferidos, utilizando el formato denominado Informe Trimestral del Ejercicio de los Recursos, identificado como Anexo 5 de las Reglas de Operación. Dicho informe contendrá las firmas autógrafas del Secretario de Salud o su equivalente, del Director Administrativo o su equivalente y del Titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, y remitirse dentro de los 10 días hábiles posteriores a la conclusión del trimestre que se informa.

Todos y cada uno de los comprobantes de los recursos transferidos contendrán impreso un sello que contenga nombre del programa, origen de los recursos y ejercicio correspondiente.

Los comprobantes deberán dar cumplimiento al artículo 70 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

- b) En el Informe citado, sólo se señalarán los recursos efectivamente ejercidos durante el trimestre que se reporta. En el supuesto en el que en un trimestre no se ejercieran recursos, el informe se enviará en ceros. El cómputo del primer trimestre a informar, se hará a partir de la fecha de realización de la primera transferencia de recursos a la entidad federativa.
- c) Los comprobantes que amparen los gastos en que incurra **“EL ESTADO”** para la operación y desarrollo del Programa, deberán constar en original, como soporte a los informes trimestrales del ejercicio de los recursos, y deberán tener un sello que los identifique como erogaciones cubiertas con recursos del Programa Seguro Médico Siglo XXI. Dichos documentos quedarán en resguardo de **“EL ESTADO”**, bajo su estricta responsabilidad, y estarán a disposición de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, así como de las entidades fiscalizadoras locales y federales competentes, para su revisión en el momento que se requiera.
- d) Los comprobantes de gastos deberán estar expedidos a nombre de los Servicios Estatales de Salud, por la persona física o moral a quien se efectuó el pago. Dicha documentación, deberá cubrir los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones federales aplicables, siendo responsabilidad de la Unidad Ejecutora su revisión.

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

SEXTA.- SEGUIMIENTO DEL GASTO. “LAS PARTES” convienen que para dar seguimiento al ejercicio del gasto dirigido al cumplimiento del objeto del presente Convenio, **“EL ESTADO”**, deberá proporcionar a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud la información del ejercicio de los recursos federales transferidos, conforme lo establecido en la Cláusula Quinta, así como en los numerales 5.3.1. y 6.2.2. de las Reglas de Operación. Lo anterior en términos del Capítulo VII del Título Tercero Bis, de la Ley General de Salud denominado “De la transparencia, supervisión, control y fiscalización del manejo de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud”.

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

SÉPTIMA.- INDICADORES. Para dar seguimiento a los indicadores establecidos en las Reglas de Operación, **“EL ESTADO”** se obliga a proporcionar a **“LA SECRETARÍA”** por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la información de las variables de dichos indicadores a través del Sistema de Información en Salud, el cual forma parte del Sistema Nacional de Información de Salud (SINAIS) en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

OCTAVA.- OBLIGACIONES DE “EL ESTADO”. Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio, **“EL ESTADO”**, además de lo establecido en el numeral 5.1.4 de las Reglas de Operación, se obliga a:

- I. Aplicar los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda de este instrumento al objeto establecido en el mismo, a través de la Unidad Ejecutora, por lo que se hace responsable del uso, aplicación y destino de los citados recursos.
- II. Entregar, por conducto de la Unidad Ejecutora, a **“LA SECRETARÍA”**, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en términos del numeral 6.2.2 de las Reglas de Operación, la información estipulada en el presente Convenio.

Asimismo, se compromete a mantener bajo su custodia, a través de la Unidad Ejecutora, la documentación comprobatoria original de los recursos presupuestarios federales erogados, y ponerla a disposición, cuando le sea requerida por **“LA SECRETARÍA”** y, en su caso, por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y/o los órganos fiscalizadores locales o federales competentes, así como la información adicional que estos últimos le requieran, de conformidad, con las Reglas de Operación.
- III. Ministrarle a la Unidad Ejecutora, por conducto de la Secretaría de Finanzas, los recursos transferidos, íntegramente junto con los rendimientos financieros que se generen, dentro de los cinco días hábiles siguientes a su recepción, haciéndolo del conocimiento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, de forma oficial por conducto de la Unidad Ejecutora, en un plazo máximo de 10 días hábiles.
- IV. Aperturar una cuenta bancaria productiva específica a nombre de la Unidad Ejecutora, para la ministración y control, exclusivamente de los recursos transferidos por virtud de este instrumento jurídico.
- V. Reintegrar los recursos presupuestarios federales transferidos, que después de ser radicados en la Secretaría de Finanzas o su equivalente no hayan sido ministrados a la Unidad Ejecutora o que una vez ministrados a esta última, no sean ejercidos en los términos de este Convenio. Dichos recursos junto con los rendimientos financieros generados deberán ser reintegrados conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.
- VI. Informar por conducto de la Unidad Ejecutora a **“LA SECRETARÍA”** a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 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 por conducto de la Unidad Ejecutora los indicadores para resultados de los recursos transferidos, así como evaluar los resultados que se obtengan con los mismos.
- VIII. Establecer mediante la Unidad Ejecutora, con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinan los recursos transferidos.
- IX. Informar sobre la suscripción de este Convenio a los órganos de control y de fiscalización de **“EL ESTADO”**, y entregarles copia del mismo.
- X. Realizar las acciones que se requieran para la ejecución del objeto del presente instrumento, con recursos humanos bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, por lo que no existirá relación laboral alguna entre éstos y **“LA SECRETARÍA”**, la que en ningún caso se considerará como patrón sustituto o solidario.

- XI. Supervisar a través de su Régimen Estatal de Protección Social en Salud, el cumplimiento de las acciones que se provean en materia de protección social en salud conforme al objeto del presente Convenio, solicitando, en su caso, la aclaración o corrección de dichas acciones, para lo cual podrá solicitar la información que corresponda.
- XII. Propiciar la participación de los responsables de los beneficiarios del Programa Seguro Médico Siglo XXI a través de la integración y operación de contralorías sociales, para el seguimiento, supervisión y vigilancia del cumplimiento de las metas y acciones comprometidas en dicho programa, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados al mismo.
- XIII. Sujetarse a lo establecido en los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 11 de abril de 2008, con la finalidad de promover y realizar las acciones necesarias para la integración, operación y reporte de la contraloría social, mediante el esquema validado por la Secretaría de la Función Pública.
- XIV. Publicar en el _____, órgano oficial de difusión de **“EL ESTADO”**, el presente Convenio, así como sus modificaciones.
- XV. Difundir en su página de Internet y, en su caso, de la Unidad Ejecutora, el concepto financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento.

NOVENA.- OBLIGACIONES DE “LA SECRETARÍA”. “LA SECRETARÍA”, por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se obliga a:

- I.- Transferir los recursos presupuestarios federales a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio, de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria y la afiliación reportada por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.
- II.- Coadyuvar en el ámbito de sus atribuciones con los entes fiscalizadores competentes, en la verificación de que los recursos presupuestarios federales transferidos sean aplicados únicamente para la realización de los fines a los cuales son destinados.
- III.- Abstenerse de intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos, convenios o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice **“EL ESTADO”** para cumplir con los fines para los cuales son destinados los recursos presupuestarios federales transferidos.
- IV.- Realizar la supervisión financiera del cumplimiento de las acciones que se provean en materia de protección social en salud conforme al objeto del presente Convenio, solicitando, en su caso, la aclaración o corrección de dichas acciones, para lo cual podrá solicitar la información que corresponda, independientemente de la supervisión en campo, que en su caso, se programe realizar.
- V.- Hacer del conocimiento, en forma inmediata, del órgano de control de **“EL ESTADO”**, así como de la Auditoría Superior de la Federación, de la Secretaría de la Función Pública y del Órgano Interno de Control de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, los casos que conozca en que los recursos federales transferidos por virtud de este Convenio no hayan sido aplicados a los fines a los que fueron destinados. En la misma forma procederá si **“EL ESTADO”** no comprueba que los recursos transferidos se aplicaron a dichos fines.
- VI.- Hacer del conocimiento de **“EL ESTADO”** el incumplimiento de sus obligaciones que sea causa de efectuar el reintegro de los recursos federales transferidos, incluyendo los intereses que correspondan conforme a las disposiciones jurídicas aplicables, en los supuestos y términos señalados en las fracciones III y V de la Cláusula Octava de este Convenio.
- VII.- Solicitar a **“EL ESTADO”** realizar el reintegro de los recursos federales transferidos, incluyendo los intereses que correspondan conforme a las disposiciones aplicables, cuando los haya aplicado a fines distintos de aquéllos para los que le fueron transferidos, así como en los demás supuestos previstos en las Reglas de Operación y en el presente Convenio.
- VIII.- 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.
- IX.- Dar seguimiento, en coordinación con **“EL ESTADO”**, sobre el avance en el cumplimiento del objeto del presente instrumento.

- X.- La supervisión, control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios transferidos en virtud de este instrumento, serán realizados con apego a las disposiciones jurídicas aplicables, según corresponda, por **“LA SECRETARÍA”**, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública, la Auditoría Superior de la Federación, y demás órganos fiscalizadores federales competentes, sin perjuicio de las acciones de supervisión, vigilancia, control y evaluación que, en coordinación con la Secretaría de la Función Pública, realice el órgano de control de **“EL ESTADO”**, así como su Régimen Estatal de Protección Social en Salud.
- XI.- Establecer, a través de las unidades administrativas, de acuerdo a su ámbito de competencia, con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinan los recursos transferidos.
- XII.- Sujetarse a lo establecido en los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 11 de abril de 2008, con la finalidad de promover y realizar las acciones necesarias para la integración, operación y reporte de la contraloría social, mediante el esquema validado por la Secretaría de la Función Pública
- XIII.- Publicar el presente Convenio en el Diario Oficial de la Federación, así como en su página de Internet.

DÉCIMA.- VIGENCIA. El presente instrumento jurídico comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2016.

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

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

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

- I. No se destinen a los fines autorizados, de acuerdo con el numeral 5.4 de las Reglas de Operación.
- II. No se hayan devengado a más tardar en la fecha de conclusión de la vigencia de este Convenio.
- III. Se den los supuestos previstos en la fracción V de la Cláusula Octava de este Convenio.

El reintegro de los recursos, incluyendo los rendimientos financieros que correspondan, se realizará a la Tesorería de la Federación, dentro de los 15 días naturales siguientes al cierre del ejercicio fiscal 2016.

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

“EL ESTADO” deberá notificar de manera oficial a **“LA SECRETARÍA”** por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la realización del reintegro correspondiente o, en su caso, la comprobación de la debida aplicación de los recursos.

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

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

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

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

DÉCIMA QUINTA.- CONTROL, VIGILANCIA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN. “LAS PARTES” acuerdan que el control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios que en virtud de este instrumento sean transferidos, corresponderán a **“LA SECRETARÍA”**, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y a las instancias de fiscalización federales que correspondan, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las acciones de vigilancia, control y evaluación que, en coordinación con las instancias de fiscalización federales, realice el órgano de control de **“EL ESTADO”**.

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

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

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

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

DÉCIMA OCTAVA.- ANEXO. Las partes reconocen como Anexo integrante del presente instrumento jurídico, el que se menciona a continuación y que además tienen la misma fuerza legal que el mismo:

Anexo ____ “Partidas de gasto para el apoyo económico a los estados por incremento en la demanda de los servicios”

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

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

- I.- De común acuerdo respecto de las dudas que se susciten con motivo de la ejecución o cumplimiento del presente instrumento.
- II.- En caso de no llegar a un arreglo satisfactorio, someterse a la legislación federal aplicable y a la jurisdicción de los tribunales federales competentes con residencia en el Distrito Federal, por lo que en el momento de firmar este Convenio, renuncian en forma expresa al fuero que en razón de su domicilio actual o futuro o por cualquier otra causa pudiere corresponderles.

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

POR **“LA SECRETARÍA”**

POR **“EL ESTADO”**

COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL
EN SALUD

SECRETARIO DE FINANZAS
(o su equivalente)

DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO

SECRETARIO DE SALUD Y/O TITULAR DE
LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

TITULAR DEL RÉGIMEN ESTATAL DE
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ “LA SECRETARÍA”, REPRESENTADA POR EL C. COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, _____, ASISTIDO POR EL DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, _____, Y POR EL DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO, _____, Y POR LA OTRA PARTE EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE _____, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “EL ESTADO”, REPRESENTADO POR EL _____, EN SU CARÁCTER DE SECRETARIO DE FINANZAS (o su equivalente) Y EL _____, SECRETARIO DE SALUD Y/O EL TITULAR DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, ASÍ COMO EL _____, TITULAR DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, A QUIENES CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ “LAS PARTES” CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

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

Objetivo 2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente.

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

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

Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud

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

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

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

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

4. El Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016, en su Anexo 25 establece el Seguro Médico Siglo XXI como uno de los programas que deben sujetarse a Reglas de Operación, mediante el cual el Gobierno Federal continuará con las acciones conducentes que aseguren la cobertura de servicios de la salud de todos los niños en el país, ya que operará en todas las localidades del territorio nacional financiando la atención médica completa e integral a los niños beneficiarios que no cuentan con ningún tipo de seguridad social, al tiempo que garantizará la afiliación inmediata de toda la familia al Sistema de Protección Social en Salud.
5. Con fecha _____, la Secretaría de Salud y _____, suscribieron el Acuerdo Marco de Coordinación, con el objeto facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general, así como fijar las bases y mecanismos generales para transferir y dotar a la Entidad de recursos, en lo sucesivo **ACUERDO MARCO DE COORDINACIÓN**, instrumento jurídico que establece la posibilidad de celebrar convenios específicos.

6. Con fecha _____ de diciembre de 2015 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI para el Ejercicio Fiscal 2016 (Reglas de Operación).
7. El objetivo del Programa Seguro Médico Siglo XXI y del reforzamiento de las acciones de los otros programas dirigidos a la población beneficiaria menor de cinco años, es asegurar el financiamiento de la atención médica y preventiva para lograr las mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades para dichos beneficiarios.
8. Para llevar a cabo el objetivo general del Seguro Médico Siglo XXI, se realizará la transferencia de recursos a las Entidades Federativas, de conformidad con lo que establece la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, que dispone en sus artículos 74 y 75, que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizará la ministración de los subsidios y transferencias con cargo a los presupuestos de las dependencias, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables. Dichas transferencias y subsidios deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en la Ley citada se señalan.

DECLARACIONES

I. "LA SECRETARÍA" declara que:

- I.1. Es una dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, en términos de lo dispuesto en los artículos 2, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la cual le corresponde, entre otras atribuciones, las de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social y servicios médicos y salubridad general.
- I.2. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud es un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, en términos de los artículos 77 bis 35 de la Ley General de Salud, 2 literal C, fracción XII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 3, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el cual cuenta con autonomía técnica, administrativa y de operación.
- I.3. El Comisionado Nacional de Protección Social en Salud tiene la facultad y legitimación para suscribir el presente Convenio, según se desprende de lo previsto en los artículos 38, fracción V, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; y 6, fracción I, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, cargo que se acredita con nombramiento de fecha _____, expedido por _____.
- I.4. Dentro de las facultades de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se encuentran las de instrumentar la política de protección social en salud; impulsar la coordinación y vinculación de acciones del Sistema de Protección Social en Salud con las de otros programas sociales para la atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable desde una perspectiva intercultural que promueva el respeto a la persona y su cultura, así como sus derechos humanos en salud; administrar los recursos financieros que en el marco del Sistema le suministre la Secretaría de Salud y efectuar las transferencias que correspondan a los Estados y al Distrito Federal, acorde a lo establecido en el artículo 4 fracciones I, VI y XIII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- I.5. Corresponde a la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud entre otras atribuciones: (i) proponer la incorporación gradual y jerarquizada de los servicios de salud y de las intervenciones clínicas al Sistema, así como su secuencia y alcance con el fin de lograr la cobertura universal de los servicios; (ii) estimar los costos derivados de las intervenciones médicas y de la provisión de nuevos servicios, con base en los protocolos clínicos y terapéuticos previendo su impacto económico en el Sistema y, (iii) coadyuvar en la determinación de las cédulas de evaluación del Sistema, que se utilicen en el proceso de acreditación, en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, conforme a lo establecido en el artículo 10, fracciones I, II y III BIS 3, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- I.6. Corresponde a la Dirección General de Financiamiento entre otras atribuciones: (i) diseñar y proponer en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, los esquemas y mecanismos financieros que sean necesarios para el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, incluyendo el desarrollo de programas de salud dirigidos a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable; (ii) determinar los criterios para la operación y administración de los fondos generales y específicos relacionados con las funciones comprendidas en el Sistema de Protección Social en Salud y de los programas orientados

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

- I.7. Cuenta con la disponibilidad presupuestaria correspondiente para hacer frente a las obligaciones derivadas de la suscripción del presente instrumento.
- I.8. Para efectos del presente Convenio señala como domicilio el ubicado en la Calle Gustavo E. Campa, número 54, colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01020, en México, Distrito Federal.

II. "EL ESTADO" declara que:

- II.1. Es un Estado Libre y Soberano que forma parte integrante de la Federación y que el ejercicio de su Poder Ejecutivo se deposita en el Gobernador del Estado, conforme a lo dispuesto por los artículos 40, 42 fracción I y 43 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con las atribuciones y funciones que le confieren la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de _____ y la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____ (o la que corresponda en el Estado).
- II.2. El Secretario de Finanzas (o su equivalente), comparece a la suscripción del presente Convenio de conformidad con los artículos _____ de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____ (o la que corresponda en el Estado), cargo que quedó debidamente acreditado con nombramiento de fecha _____, expedido por _____.
- II.3. El Secretario de Salud y/o el Titular de los Servicios Estatales de Salud, comparece a la suscripción del presente Convenio, de conformidad con los artículos _____ de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de _____ (o la que corresponda en el Estado), cargo que quedó debidamente acreditado con nombramiento de fecha _____, expedido por _____.
- II.4. El Titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, comparece a la suscripción del presente Convenio, de conformidad con los artículos _____ de _____, cargo que quedó debidamente acreditado con nombramiento de fecha _____, expedido por _____.
- II.5. Para los efectos de este Convenio se considera como Unidad Ejecutora a _____.
- II.6. Sus prioridades para alcanzar los objetivos pretendidos a través del presente instrumento son: _____.
- II.7. Para efectos del presente Convenio señala como su domicilio el ubicado en: _____.

III. "LAS PARTES" declaran que:

- III.1. De conformidad con las disposiciones contenidas en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, en específico los artículos 77 bis 11 al 77 bis 19, así como 76 al 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y su Transitorio Décimo Cuarto, y el numeral 4, del Capítulo 2, de los Mecanismos para la contabilización de los Recursos a integrar en la Aportación Solidaria Federal, los recursos federales destinados para el Programa Seguro Médico Siglo XXI, se integran como aportaciones Federales para el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud.
- III.2. Están de acuerdo en celebrar el presente Convenio de Colaboración en materia de transferencia de recursos para la ejecución del Programa Seguro Médico Siglo XXI, conforme a las estipulaciones que se contienen en las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO. El presente Convenio Específico de Colaboración tiene por objeto que "LA SECRETARÍA" transfiera a "EL ESTADO" recursos presupuestarios federales, correspondientes al ejercicio fiscal 2016, para la ejecución del Programa Seguro Médico Siglo XXI, por motivo de las intervenciones cubiertas por el SMSXXI descritas en el Anexo 1 del presente Convenio, de conformidad con lo

establecido en el numeral 5.3.2 “**Apoyo económico para el pago de intervenciones cubiertas por el Seguro Médico Siglo XXI**” de las Reglas de Operación, a fin de dar cumplimiento a los objetivos de ese Programa, los cuales se señalan a continuación:

- Objetivo General.** Financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de los niños menores de cinco años de edad, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud.
- Objetivo Específico.** Otorgar el financiamiento para que la población menor de cinco años cuente con un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia de atención médica y preventiva, complementaria a la contenida en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y en el Catálogo de Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), del Sistema de Protección Social en Salud.

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES. “LA SECRETARÍA” transferirá a “**EL ESTADO**” recursos presupuestarios federales correspondientes al Programa Seguro Médico Siglo XXI, conforme a lo dispuesto en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016, para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos de los artículos 9 y 13, apartado B), de la Ley General de Salud.

Dichos recursos serán hasta por la cantidad que resulte del apoyo económico para el pago de intervenciones cubiertas por el Seguro Médico Siglo XXI realizadas a los beneficiarios del mismo, y procederá para eventos terminados, es decir, padecimientos que han sido resueltos, salvo aquellos que ameritan tratamiento de continuidad. El monto a cubrir por cada una de estas intervenciones se determinará conforme a las tarifas del tabulador establecido por la Comisión que se encuentra en el Anexo 1 de este Convenio.

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

En el caso de las intervenciones realizadas a los beneficiarios del Programa del Seguro Médico Siglo XXI, y que no se enlisten en el tabulador del Anexo 1 del presente instrumento, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, por conducto del área médica correspondiente, será responsable de determinar si son elegibles de cubrirse con cargo a los recursos del Seguro Médico Siglo XXI, así como para fijar el monto de la tarifa a cubrir por cada uno de los eventos, el cual será como máximo la cuota de recuperación del tabulador más alto aplicable a la población sin seguridad social, que tenga la institución que haya realizado la intervención, y será verificada de acuerdo al expediente administrativo correspondiente e informado a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud, antes de la validación del caso.

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

En el caso de las intervenciones con tabulador “pago por facturación” se cubrirá solamente el tratamiento de sustitución, y/o medicamentos especializados, así como los insumos que se requieran de acuerdo a la aplicación de dichos tratamientos. El registro se realizará en el sistema informático del Seguro Médico Siglo XXI bimestralmente.

Adicionalmente, se cubrirán las intervenciones realizadas a los beneficiarios del Programa durante el ejercicio fiscal 2015, no incluidas en el CAUSES o en el FPGC, que sean registradas por “**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**” y validadas conforme al numeral 5.3.2., de las Reglas de Operación, antes del 31 de enero de 2016.

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

TERCERA.- DEVENGO POR LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS FEDERALES.

- 1) Los recursos para cumplir con el objeto del presente instrumento que transfiere **“LA SECRETARÍA”** en favor de **“EL ESTADO”**, se consideran devengados para **“LA SECRETARÍA”** una vez que se constituyó la obligación de entregar el recurso a **“EL ESTADO”**
- 2) **“EL ESTADO”** por cada transferencia de recursos federales deberá enviar a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, por conducto de la Dirección General de Financiamiento, dentro de los 90 días naturales posteriores a la misma, un recibo que será emitido por la Secretaría de Finanzas o su equivalente, el cual deberá:
 - f) Ser expedido a nombre de: Secretaría de Salud y/o Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
 - g) Precisar el monto de los recursos transferidos;
 - h) Señalar la fecha de emisión;
 - i) Señalar la fecha de recepción de los recursos, y
 - j) Precisar el nombre del Programa y los conceptos relativos a los recursos presupuestarios federales recibidos.
- 3) La notificación de transferencia por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud se realizará por conducto de la Dirección General de Financiamiento, e independientemente de su entrega oficial, podrá ser enviada a través de correo electrónico a la cuenta institucional que para tal efecto indique **“EL ESTADO”**. En caso de existir modificación a dicha cuenta, deberá notificarse de manera oficial a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud por conducto de la Dirección General de Financiamiento.
- 4) Los documentos justificativos de la obligación de pago para **“LA SECRETARÍA”** serán las disposiciones jurídicas aplicables, las Reglas de Operación, el presente Convenio; y el documento comprobatorio será el recibo a que se refiere el numeral 2 de la presente cláusula.
- 5) La transferencia presupuestal a que se refiere el presente Convenio no es susceptible de presupuestarse en los ejercicios fiscales siguientes, por lo que no implica la obligación 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.
- 6) De conformidad con las disposiciones citadas en la declaración III.1 de este Convenio, deberá considerarse, para todos los efectos jurídico administrativos que corresponda, a la transferencia señalada en la presente cláusula, como la parte del Sistema de Protección Social en Salud correspondiente al Programa Seguro Médico Siglo XXI, y que forma parte integrante de las aportaciones Federales para el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud.

CUARTA.- PROCEDIMIENTO PARA LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS.

- I. **“LA SECRETARÍA”**, por conducto de la dirección responsable de la operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, revisará los soportes médicos y administrativos de su competencia, de cada intervención registrada y validada por **“EL ESTADO”**, a través del sistema para el registro de casos del Seguro Médico Siglo XXI.
- II. **“LA SECRETARÍA”** validará el registro de los casos realizado por **“EL ESTADO”**, verificando que contengan la información de carácter médico requerida, y su correcta clasificación de acuerdo al tabulador del Anexo 1 de este Convenio, y, de ser procedente, autorizará los casos y montos para pago y enviará a la Dirección General de Financiamiento de la propia Comisión, un informe de los casos en que proceda transferir los recursos respectivos, para que ésta los transfiera a **“EL ESTADO”**.
- III. **“EL ESTADO”**, enviará a **“LA SECRETARÍA”** por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el recibo correspondiente señalado en el numeral 2), de la Cláusula Tercera.
- IV. **“LA SECRETARÍA”** no transferirá recursos por las intervenciones cuya información requerida para su autorización no sea proporcionada o cuando la calidad de la información recibida no permita su autorización, así como, cuando durante el proceso de autorización se determine la improcedencia del apoyo.
- V. **“LA SECRETARÍA”** realizará la transferencia en términos de las disposiciones aplicables, radicándose a través de la Secretaría de Finanzas o su equivalente de **“EL ESTADO”**, en la cuenta bancaria productiva específica que ésta establezca para tal efecto en forma previa a la entrega de los recursos, informando de ello a **“LA SECRETARÍA”**, con la finalidad de que los recursos transferidos y sus rendimientos financieros estén debidamente identificados.

Los rendimientos financieros que generen los recursos transferidos deberán destinarse al objeto del presente Convenio.

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

QUINTA.- EJERCICIO Y COMPROBACIÓN DE LOS RECURSOS FEDERALES TRANSFERIDOS. Los recursos presupuestales transferidos por **“LA SECRETARÍA”** se aplicarán por **“EL ESTADO”** para el reembolso y hasta por los importes por cada intervención que se indican en las Reglas de Operación y en el Anexo 1 del presente instrumento.

“EL ESTADO”, por conducto del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, deberá informar a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud a través de la Dirección General de Financiamiento, sobre el ejercicio de los recursos transferidos en los términos que ésta le solicite.

Será responsabilidad de **“EL ESTADO”**, verificar la veracidad de los datos contenidos en la información que se proporcione a **“LA SECRETARÍA”**, y mantener la documentación comprobatoria de las intervenciones cubiertas con los recursos transferidos, a disposición de **“LA SECRETARÍA”** por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, así como de las entidades fiscalizadoras federales y locales competentes, para su revisión en el momento que así se le requiera.

SEXTA.- INDICADORES. Para dar seguimiento a los indicadores establecidos en las Reglas de Operación, **“EL ESTADO”** se obliga a proporcionar a **“LA SECRETARÍA”** por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la información de las variables de dichos indicadores a través del Sistema de Información en Salud, el cual forma parte del Sistema Nacional de Información de Salud (SINAIS) en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

SÉPTIMA.- OBLIGACIONES DE “EL ESTADO”. Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio, **“EL ESTADO”**, además de lo establecido en el numeral 5.1.4 de las Reglas de Operación, se obliga, entre otras acciones, a:

- I. Aplicar los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda de este instrumento al objeto establecido en el mismo, a través de la Unidad Ejecutora, por lo que se hace responsable del uso, aplicación y destino de los citados recursos.
- II. Aperturar una cuenta bancaria productiva específica a nombre de la Unidad Ejecutora, para la ministración y control, exclusivamente de los recursos transferidos por virtud de este instrumento jurídico.
- III. Ministrarle a la Unidad Ejecutora, por conducto de la Secretaría de Finanzas, los recursos transferidos íntegramente, junto con los rendimientos financieros que se generen, dentro de los cinco días hábiles siguientes a su recepción, haciéndolo del conocimiento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, de forma oficial por conducto de la Unidad Ejecutora, en un plazo máximo de 10 días hábiles.
- IV. Mantener bajo su custodia, a través de la Unidad Ejecutora, la documentación comprobatoria original de los recursos presupuestarios federales erogados, y ponerla a disposición, cuando le sea requerida por **“LA SECRETARÍA”** y, en su caso, por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y/o los órganos fiscalizadores locales o federales competentes, así como la información adicional que éstos le requieran.
- V. Reintegrar los recursos presupuestarios federales transferidos, que después de ser radicados en la Secretaría de Finanzas o su equivalente no hayan sido ministrados a la Unidad Ejecutora o que una vez ministrados a esta última, no sean ejercidos en los términos de este Convenio. Dichos recursos junto con los rendimientos financieros generados deberán ser reintegrados conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.
- VI. Mantener actualizados por conducto de la Unidad Ejecutora los indicadores para resultados de los recursos transferidos, así como evaluar los resultados que se obtengan con los mismos.
- VII. Establecer mediante la Unidad Ejecutora, con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinan los recursos transferidos.
- VIII. Informar sobre la suscripción de este Convenio a los órganos de control y de fiscalización de **“EL ESTADO”**, y entregarles copia del mismo.

- IX. Realizar las acciones que se requieran para la ejecución del objeto del presente instrumento, con recursos humanos bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, por lo que no existirá relación laboral alguna entre éstos y **“LA SECRETARÍA”**, la que en ningún caso se considerará como patrón sustituto o solidario.
- X. Supervisar a través de su Régimen Estatal de Protección Social en Salud, el cumplimiento de las acciones que se provean en materia de protección social en salud conforme al objeto del presente Convenio, solicitando, en su caso, la aclaración o corrección de dichas acciones, para lo cual podrá solicitar la información que corresponda.
- XI. Propiciar la participación de los responsables de los beneficiarios del Programa Seguro Médico Siglo XXI a través de la integración y operación de contralorías sociales, para el seguimiento, supervisión y vigilancia del cumplimiento de las metas y acciones comprometidas en dicho programa, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados al mismo.
- XII. Sujetarse a lo establecido en los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 11 de abril de 2008, con la finalidad de promover y realizar las acciones necesarias para la integración, operación y reporte de la contraloría social, mediante el esquema validado por la Secretaría de la Función Pública.
- XIII. Publicar en _____, órgano oficial de difusión de **“EL ESTADO”**, el presente Convenio, así como sus modificaciones.
- XIV. Difundir en su página de Internet y, en su caso, de la Unidad Ejecutora, el concepto financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento.
- XV. Verificar que el expediente clínico de cada paciente beneficiario, contenga una copia de la póliza de afiliación respectiva, así como las recetas y demás documentación soporte de la atención médica y medicamentos proporcionados, sean resguardados por un plazo de 5 años, contados a partir de la última atención otorgada. El expediente deberá llevarse de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012 y sus respectivas modificaciones.
- XVI. Guardar estricta confidencialidad respecto a la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento, que tengan el carácter de reservado en términos de las disposiciones aplicables.

OCTAVA.- OBLIGACIONES DE “LA SECRETARÍA”. **“LA SECRETARÍA”** por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se obliga a:

- I.- Transferir los recursos presupuestarios federales a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio, de acuerdo con los plazos derivados del procedimiento de pago correspondiente y la disponibilidad presupuestal.
- II.- Coadyuvar en el ámbito de sus atribuciones con los entes fiscalizadores competentes, en la verificación de que los recursos presupuestarios federales transferidos sean aplicados únicamente para la realización de los fines a los cuales son destinados.
- III.- Abstenerse de intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos, convenios o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice **“EL ESTADO”** para cumplir con los fines para los cuales son destinados los recursos presupuestarios federales transferidos.
- IV.- Realizar la supervisión financiera del cumplimiento de las acciones que se provean en materia de protección social en salud conforme al objeto del presente Convenio, solicitando, en su caso, la aclaración o corrección de dichas acciones, para lo cual podrá solicitar la información que corresponda, independientemente de la supervisión en campo, que en su caso, se programe realizar.
- V.- Hacer del conocimiento, en forma inmediata, del órgano de control de **“EL ESTADO”**, así como de la Auditoría Superior de la Federación, de la Secretaría de la Función Pública y del Órgano Interno de Control de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, los casos que conozca en que los recursos federales transferidos por virtud de este Convenio no hayan sido aplicados a los fines a los que fueron destinados.
- VI.- Hacer del conocimiento de **“EL ESTADO”** el incumplimiento de sus obligaciones que sea causa de efectuar el reintegro de los recursos federales transferidos, incluyendo los interés que correspondan conforme a las disposiciones jurídicas aplicables, en los supuestos y términos señalados en las fracciones III y V de la Cláusula Octava de este Convenio.

- VII.- 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.
- VIII.- Dar seguimiento, en coordinación con **“EL ESTADO”**, sobre el avance en el cumplimiento del objeto del presente instrumento.
- IX.- Establecer, a través de las unidades administrativas, de acuerdo a su ámbito de competencia, con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinan los recursos transferidos.
- X.- Sujetarse a lo establecido en los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 11 de abril de 2008, con la finalidad de promover y realizar las acciones necesarias para la integración, operación y reporte de la contraloría social, mediante el esquema validado por la Secretaría de la Función Pública
- XI.- Publicar el presente Convenio en el Diario Oficial de la Federación, así como en su página de Internet.

NOVENA.- VIGENCIA.- El presente instrumento jurídico comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2016.

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

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

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

- I. No se destinen a los fines autorizados, de acuerdo con el numeral 5.4 de las Reglas de Operación.
- II. Se den los supuestos previstos en la fracción V de la Cláusula Séptima de este Convenio.

El reintegro de los recursos, incluyendo los rendimientos financieros que correspondan, se realizará a la Tesorería de la Federación, dentro de los 15 días naturales siguientes al cierre del ejercicio fiscal 2016.

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

“EL ESTADO” deberá notificar de manera oficial a **“LA SECRETARÍA”** por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la realización del reintegro correspondiente o, en su caso, la comprobación de la debida aplicación de los recursos.

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

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

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

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

DÉCIMA CUARTA. CONTROL, VIGILANCIA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN. El control, vigilancia, seguimiento y evaluación de la aplicación de los recursos presupuestarios transferidos en virtud de este instrumento, serán realizados con apego a las disposiciones legales aplicables, según corresponda a sus respectivos ámbitos de competencia, por **“LA SECRETARÍA”**, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública, la Auditoría Superior de la Federación, y demás órganos fiscalizadores federales competentes, sin perjuicio de las acciones de supervisión, vigilancia, control y evaluación que, en coordinación con la Secretaría de la Función Pública, realice el órgano de control de **“EL ESTADO”**, así como el Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

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

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

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

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

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

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

Anexo 2 “Concepto de gastos no cubiertos por el SMSXXI”

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

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

- I.- De común acuerdo respecto de las dudas que se susciten con motivo de la ejecución o cumplimiento del presente instrumento.
- II.- En caso de no llegar a un arreglo satisfactorio, someterse a la legislación federal aplicable y a la jurisdicción de los tribunales federales competentes con residencia en el Distrito Federal, por lo que en el momento de firmar este Convenio, renuncian en forma expresa al fuero que en razón de su domicilio actual o futuro o por cualquier otra causa pudiere corresponderles.

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

POR **“LA SECRETARÍA”**

POR **“EL ESTADO”**

COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL
EN SALUD

SECRETARIO DE FINANZAS
(o su equivalente)

DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD

SECRETARIO DE SALUD Y/O TITULAR DE
LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO

TITULAR DEL RÉGIMEN ESTATAL DE
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARA “LA SECRETARÍA”, REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL C. COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, _____, ASISTIDO POR EL DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, _____, POR EL DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO, _____, Y POR EL DIRECTOR GENERAL _____, _____, Y POR LA OTRA PARTE _____ REPRESENTADO POR _____ EN LO SUCESIVO “EL PRESTADOR DE SERVICIOS”, A QUIENES CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA, SE LES DENOMINARA “LAS PARTES” CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

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

Objetivo 2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente.

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

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

Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud

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

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

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

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

4. El Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2014, en su Anexo ____ establece el Seguro Médico Siglo XXI como uno de los programas que deben sujetarse a Reglas de Operación, mediante el cual el Gobierno Federal continuará con las acciones conducentes que aseguren la cobertura de servicios de la salud de todos los niños en el país, ya que operará en todas las localidades del territorio nacional financiando la atención médica completa e integral a los niños beneficiarios que no cuentan con ningún tipo de seguridad social, al tiempo que garantizará la afiliación inmediata de toda la familia al Sistema de Protección Social en Salud.
5. Con fecha _____ de diciembre de 2015 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI para el Ejercicio Fiscal 2016 (Reglas de Operación).
6. El objetivo general del Programa Seguro Médico Siglo XXI y del reforzamiento de las acciones de los otros programas dirigidos a la población beneficiaria menor de cinco años, es asegurar el financiamiento de la atención médica y preventiva para lograr las mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades para dichos beneficiarios.

7. En las Reglas de Operación Seguro Médico Siglo XXI, se establece que para lograr la adecuada operación del Seguro Médico Siglo XXI y garantizar la prestación de los servicios, aun en aquellas localidades en las que los Servicios Estatales de Salud no cuentan con unidades médicas instaladas, **“LA SECRETARÍA”** y/o las entidades federativas podrán suscribir convenios para tales efectos con otros integrantes del Sistema Nacional de Salud.

DECLARACIONES

I. **“LA SECRETARÍA”** declara que:

- I.1. Es una dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, en términos de lo dispuesto en los artículos 2, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la cual le corresponde, entre otras atribuciones, las de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social y servicios médicos y salubridad general.
- I.2. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud es un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, en términos de los artículos 77 bis 35 de la Ley General de Salud, 2 literal C, fracción XII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 3, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el cual cuenta con autonomía técnica, administrativa y de operación.
- I.3. El Comisionado Nacional de Protección Social en Salud tiene la facultad y legitimación para suscribir el presente Convenio, según se desprende de lo previsto en los artículos 38, fracción V, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; y 6, fracción I, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, cargo que se acredita con nombramiento de fecha 11 de diciembre de 2012, expedido por _____.
- I.4. Dentro de las facultades de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se encuentran las de instrumentar la política de protección social en salud; impulsar la coordinación y vinculación de acciones del Sistema de Protección Social en Salud con las de otros programas sociales para la atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable desde una perspectiva intercultural que promueva el respeto a la persona y su cultura, así como sus derechos humanos en salud; administrar los recursos financieros que en el marco del Sistema le suministre la Secretaría de Salud y efectuar las transferencias que correspondan a los Estados y al Distrito Federal, acorde a lo establecido en el artículo 4 fracciones I, VI y XIII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- I.5. Corresponde a la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, entre otras atribuciones: (i) proponer la incorporación gradual y jerarquizada de los servicios de salud y de las intervenciones clínicas al Sistema, así como su secuencia y alcance con el fin de lograr la cobertura universal de los servicios; (ii) estimar los costos derivados de las intervenciones médicas y de la provisión de nuevos servicios, con base en los protocolos clínicos y terapéuticos previendo su impacto económico en el Sistema, y (iii) coadyuvar en la determinación de las cédulas de evaluación del Sistema, que se utilicen en el proceso de acreditación, en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, conforme a lo establecido en el artículo 10, fracciones I, II y III BIS 3 Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- I.6. Corresponde a la Dirección General de Financiamiento, entre otras atribuciones: (i) diseñar y proponer en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, los esquemas y mecanismos financieros que sean necesarios para el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, incluyendo el desarrollo de programas de salud dirigidos a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable; (ii) determinar los criterios para la operación y administración de los fondos generales y específicos relacionados con las funciones comprendidas en el Sistema de Protección Social en Salud y de los programas orientados a la atención de grupos vulnerables; (iii) coadyuvar, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, en las acciones de supervisión financiera del Sistema de Protección Social en Salud, y de los programas de atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable para garantizar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, así como de sus metas y objetivos, de conformidad con el artículo 9 fracciones III, VI, VII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

- I.6. Corresponde a la Dirección General _____, entre otras atribuciones: _____, de conformidad con _____.
- I.7. Cuenta con la disponibilidad presupuestaria correspondiente para hacer frente a las obligaciones derivadas de la suscripción del presente instrumento.
- I.8. Para efectos del presente Convenio señala como domicilio el ubicado en la Calle Gustavo E. Campa, número 54, Colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01020, en México, Distrito Federal.

II. "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" declara que:

- II.1. Es un _____, de conformidad con _____.
- II.2. Entre sus finalidades y/o objetivos se encuentra _____.
- II.3. Su representante legal _____ se encuentra facultado para suscribir el presente Convenio, en términos de _____, facultades que no le han sido limitadas o restringidas en forma alguna.
- II.4. Está inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la clave _____ y domicilio fiscal en _____.
- II.5. Cuenta con los elementos técnicos, materiales y humanos para dar cumplimiento al presente Convenio.
- II.6. Se encuentra acreditado por la Secretaría de Salud para _____.
- II.7. Señala como domicilio para la prestación de los servicios y para recibir comunicación relacionada con el cumplimiento del presente Convenio el ubicado en _____.

III. "LAS PARTES" declaran que:

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

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO. El presente Convenio tiene por objeto que **"LA SECRETARÍA"** transfiera a **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** recursos presupuestarios federales, correspondientes al ejercicio fiscal 2016, para la ejecución del Programa Seguro Médico Siglo XXI, por motivo de las intervenciones cubiertas por el SMSXXI, descritas en el Anexo 1 del presente Convenio, de conformidad con lo establecido en el numeral 5.3.2. **"Apoyo económico para el pago de intervenciones cubiertas por el Seguro Médico Siglo XXI"** de las Reglas de Operación, las cuales se describen como acciones de segundo y tercer nivel de atención que no están contempladas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), ni en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

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

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

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES. **"LA SECRETARÍA"** transferirá a **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** recursos presupuestarios correspondientes al Programa Seguro Médico Siglo XXI para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos del artículo 77 Bis 5, de la Ley General de Salud.

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

Adicionalmente, se cubrirán las intervenciones realizadas a los beneficiarios del Programa durante el ejercicio fiscal 2015, no incluidas en el CAUSES o en el FPGC, que sean registradas por **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** y validadas conforme al numeral 5.3.2., de las Reglas de Operación, antes del 31 de enero de 2016.

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

TERCERA.- DEVENGO PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES:

- 1) Los recursos para cumplir con el objeto del presente instrumento, que transfiere **“LA SECRETARÍA”** en favor de **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** se consideran devengados para **“LA SECRETARÍA”** una vez que se constituyó la obligación de transferir el recurso a **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”**.
- 2) **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** por cada transferencia de recursos federales deberá enviar a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, por conducto de la Dirección General de Financiamiento, dentro de los 90 días naturales posteriores a la misma, un recibo o factura, según corresponda, que cumpla con los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones aplicables, la cual deberá:
 - a) Ser expedido a nombre de: Secretaría de Salud y/o Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
 - b) Precisar el monto de los recursos transferidos;
 - c) Señalar la fecha de emisión;
 - d) Señalar la fecha de recepción de los recursos, y
 - e) Precisar el nombre del Programa y los conceptos relativos a los recursos presupuestarios federales recibidos.
- 3) Los documentos justificativos de la obligación de pago para **“LA SECRETARÍA”** serán las disposiciones jurídicas aplicables, las Reglas de Operación, el presente Convenio; y el documento comprobatorio será el recibo o factura, según corresponda, a que se refiere el numeral 2 de la presente cláusula.
- 4) La transferencia presupuestal a que se refiere el presente Convenio no es susceptible de presupuestarse en los ejercicios fiscales siguientes, por lo que no implica la obligación 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.

CUARTA.- PROCEDIMIENTO PARA LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS.

- I. **“LA SECRETARÍA”** por conducto de la dirección responsable de la operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, revisará el registro de los casos realizado por **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”**, a través del sistema para el registro de casos del Seguro Médico Siglo XXI.
- II. **“LA SECRETARÍA”** verificará que el registro de los casos realizado por **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** contenga la información de carácter médico requerida, y su correcta clasificación de acuerdo al tabulador del Anexo 1 de este Convenio, que permita validar su autorización; y, de ser procedente, autorizará los casos y montos para pago y enviará a la Dirección General de Financiamiento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, un informe de los casos en que proceda transferir los recursos respectivos, para que ésta los transfiera a **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”**.
- III. **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”**, enviará a **“LA SECRETARÍA”** por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el recibo o factura, según corresponda correspondiente, señalada en el numeral 2), de la Cláusula Tercera.
- IV. **“LA SECRETARÍA”** no transferirá recursos por las intervenciones cuya información requerida para su autorización no sea proporcionada o cuando la calidad de la información recibida no permita su autorización, así como, cuando durante el proceso de autorización se determine la improcedencia del pago.
- IV. **“LA SECRETARÍA”** realizará la transferencia en términos de las disposiciones aplicables, en la cuenta bancaria productiva específica que establezca para tal efecto **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** en forma previa a la entrega de los recursos, informando de ello a **“LA SECRETARÍA”**.
- V. El control y supervisión de los recursos a que se refiere el presente Convenio se realizará conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

QUINTA.- OBLIGACIONES DE “EL PRESTADOR DE SERVICIOS”. Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** se obliga, entre otras acciones, a:

- I. Prestar a los beneficiarios del Programa Seguro Médico Siglo XXI que les sean referidos para tal efecto, los servicios médicos de segundo y tercer nivel que no se encuentran dentro del CAUSES ni del FPGC, pero dentro de aquellos padecimientos cubiertos por el Programa mencionado de conformidad con las Reglas de Operación.
- II. Aplicar todos los conocimientos, experiencia y máxima diligencia requeridos para el cabal cumplimiento del objeto de este Convenio, así como observar las normas establecidas por **“LA SECRETARÍA”**, desempeñándose en todo tiempo con su propio personal, medios y materiales necesarios que demande la satisfacción total del objeto de este Convenio.
- III. Entregar a **“LA SECRETARÍA”**, cuando así se lo requiera, un informe de los registros clínicos de los beneficiarios del Programa Seguro Médico Siglo XXI, con el siguiente contenido: nombre, edad, género, lugar de residencia, diagnóstico motivo de los servicios prestados y procedimiento clínico realizado.
- IV. Proporcionar los documentos o información que le requiera **“LA SECRETARÍA”**, así como otorgarle las facilidades necesarias para la supervisión del cumplimiento del presente Convenio.
- V. Dar aviso al Régimen Estatal de Protección Social en Salud de los casos que se han atendido y que se han puesto del conocimiento de **“LA SECRETARÍA”**, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre del mes correspondiente.
- VI. Proporcionar a los beneficiarios del Programa Seguro Médico Siglo XXI que le sean referidos, atención médica efectiva, ética y responsable con elementos que definen la calidad asistencial de la unidad operativa, y con la misma calidad y calidez en la atención médica que al resto de los pacientes que atiendan, así como un trato digno a ellos y a sus padres o tutores.
- VII. Asegurar que todos los servicios estén basados en la buena práctica, acordes con los estándares nacionales, las normas oficiales mexicanas y los protocolos emitidos por la Secretaría de Salud.
- VIII. Dar satisfacción a los pacientes en lo relacionado con los tiempos de espera, en la recepción de los medicamentos, en la obtención completa de los medicamentos; así como en las instrucciones sencillas sobre el uso adecuado de los medicamentos; proporcionar indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le sean recetados.
- IX. Dar a conocer a los padres, tutores y/o representantes de los beneficiarios del programa, los derechos a los que se hace acreedor al aceptar y recibir los servicios de salud que corresponda, de acuerdo a la intervención médica a la que vaya a ser sometido.
- X. Atender a los pacientes con personal calificado que asuma una actitud cortés, amable y mediante un lenguaje comprensible de parte del equipo de salud, con respecto a las convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con las condiciones socioculturales de género.
- XI. Proporcionar la información suficiente de manera comprensible, veraz y oportuna a los padres, tutores y/o representantes de los pacientes sobre las intervenciones a que será sometido y obtener los consentimientos debidamente informados que se requieran en los términos de la normatividad aplicable.
- XII. Informar sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento y dar las facilidades para la obtención de la segunda opinión al respecto.
- XIII. Proporcionar un soporte documental con información clara, precisa y legible, que identifique las acciones y los procedimientos tratantes en cada proceso de atención médica, garantizando el uso confidencial y restringido del expediente y su inalterabilidad; permitir el acceso a los padres, tutores y/o representantes del paciente para acceder a los informes y resultados previa solicitud que haga por escrito, conforme a la normatividad aplicable.
- XIV. Conceder a los padres, tutores y/o representantes de los pacientes la libertad para decidir, sin ninguna forma de presión, sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le proponga; así como la de contar, si así lo desea, con la opinión de un segundo médico.

SEXTA.- OBLIGACIONES DE “LA SECRETARÍA”. “LA SECRETARÍA” por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se obliga a:

- I. Transferir los recursos presupuestarios federales a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio, de acuerdo con los plazos derivados del procedimiento de pago correspondiente y la disponibilidad presupuestaria.
- II. Coadyuvar en el ámbito de sus atribuciones con los entes fiscalizadores competentes, en la verificación de que los recursos presupuestarios federales transferidos sean aplicados únicamente para la realización de los fines a los cuales son destinados.
- III. Realizar la supervisión financiera del cumplimiento de las acciones que se provean en materia de protección social en salud conforme al objeto del presente Convenio, solicitando, en su caso, la aclaración o corrección de dichas acciones, para lo cual podrá solicitar la información que corresponda, independientemente de la supervisión en campo, que en su caso, se programe realizar.
- IV. Publicar en la página de Internet de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud de “LA SECRETARÍA” el presente Convenio.

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

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

“LA SECRETARÍA” designa como sus representantes ante la Comisión de Evaluación y Seguimiento al Director _____, al Director General de Gestión de Servicios de Salud y al Director General de Financiamiento, todos ellos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

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

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

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

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

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

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

DÉCIMA PRIMERA.- VIGENCIA. El presente Convenio comenzará a surtir efectos a partir de la fecha de su suscripción y hasta el 31 de diciembre de 2016.

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

DÉCIMA TERCERA.- CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR. **“LAS PARTES”** no serán responsables de eventos derivados de caso fortuito o fuerza mayor, los cuales les impidieran total o parcialmente la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Convenio de colaboración.

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

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

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

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

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

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

Anexo 2 “Concepto de gastos no cubiertos por el SMSXXI”

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

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

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

POR “LA SECRETARÍA”

POR “EL PRESTADOR DE SERVICIOS”

COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN
SOCIAL EN SALUD

(anotar nombre y cargo)

DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD

(anotar nombre y cargo)

DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO

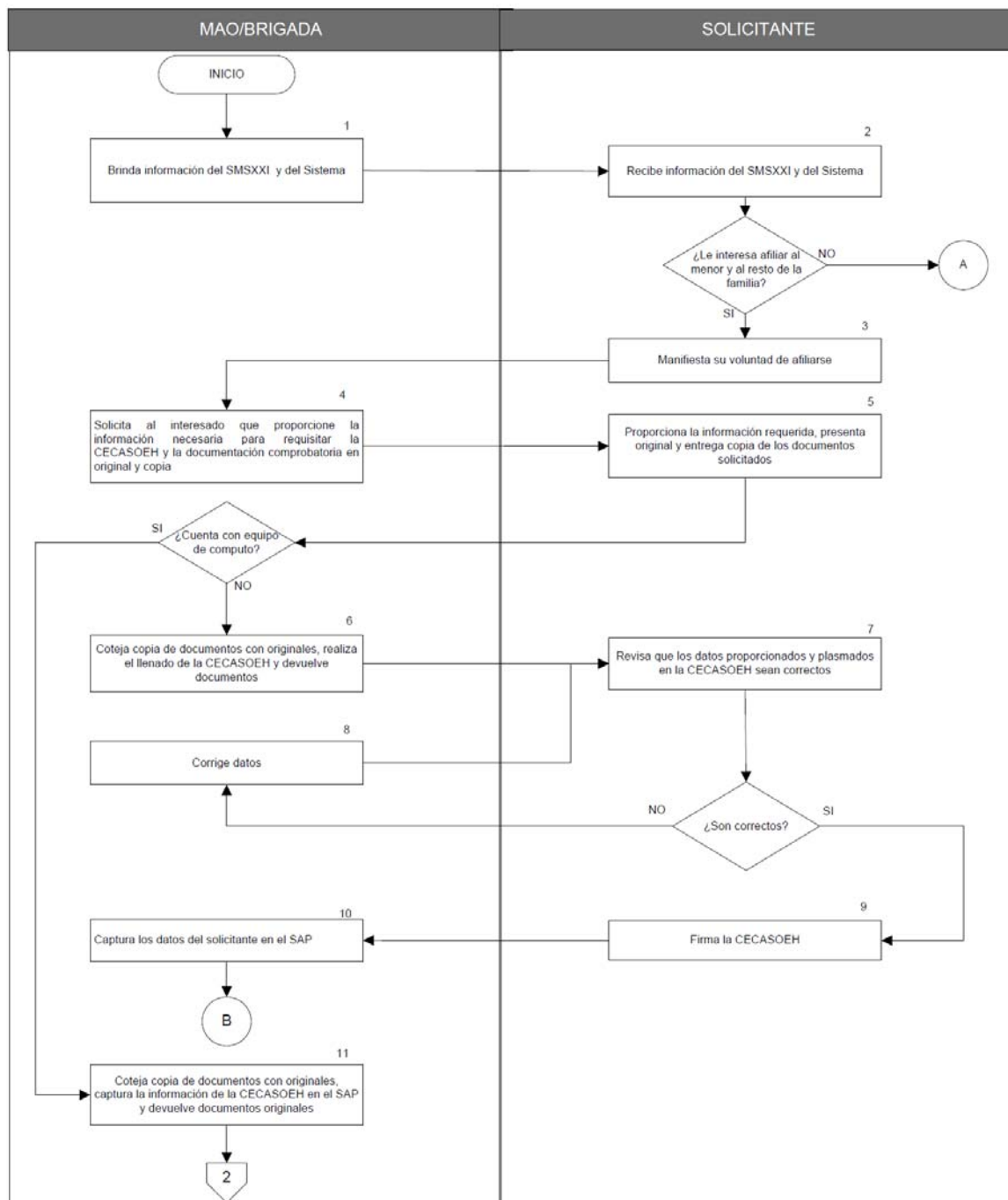
DIRECTOR GENERAL _____

ANEXO 8. FORMATO DE REFERENCIA

HOJA DE REFERENCIA											
No. de control: _____		URGENCIA SI _____ NO _____									
II											
<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 25%;">NOMBRE (S) _____</td><td style="width: 25%;">APELLIDO PATERNO _____</td><td style="width: 25%;">APELLIDO MATERNO _____</td><td style="width: 25%;">NOMBRES _____</td></tr><tr><td colspan="2">NUMERO DE EXPEDIENTE _____</td><td>EDAD _____</td><td>SEXO _____</td></tr></table>				NOMBRE (S) _____	APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____	NOMBRES _____	NUMERO DE EXPEDIENTE _____		EDAD _____	SEXO _____
NOMBRE (S) _____	APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____	NOMBRES _____								
NUMERO DE EXPEDIENTE _____		EDAD _____	SEXO _____								
III											
UNIDAD QUE REFIERE _____											
IV											
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____											
DOMICILIO _____											
CALLE _____		NUMERO _____	COLONIA _____								
SERVICIO AL QUE SE ENVIA _____											
V											
MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO): T.A. _____ TEMP _____ F.R. _____											
F.C. _____ PESO _____ TALLA _____											

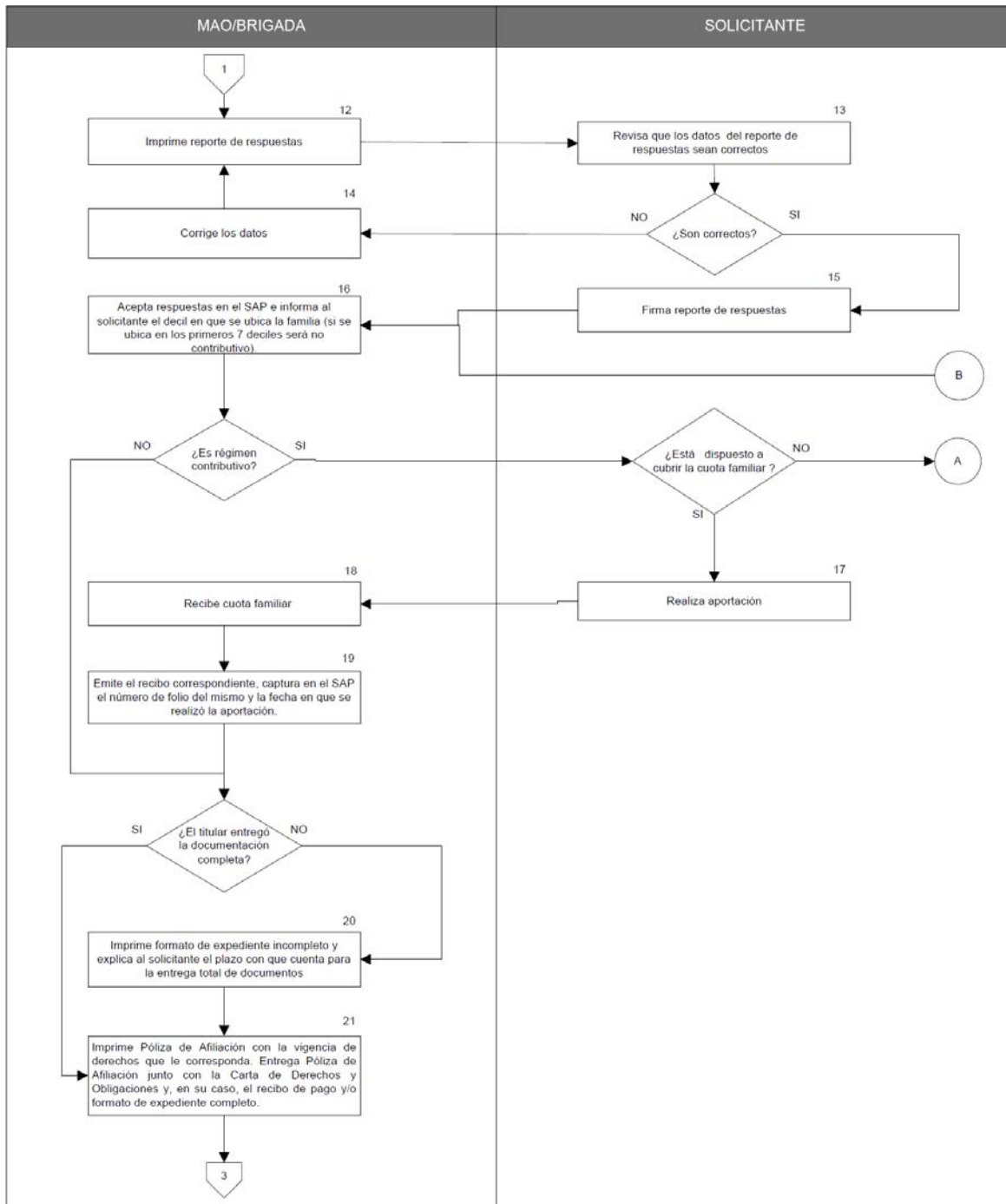
IMPRESION											
DIAGNOSTICA: _____											

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa."											
_____ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD		_____ NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE									

ANEXO 9. PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN AL SEGURO MÉDICO SIGLO XXI**FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE PROMOCIÓN Y AFILIACIÓN AL SMSXXI**

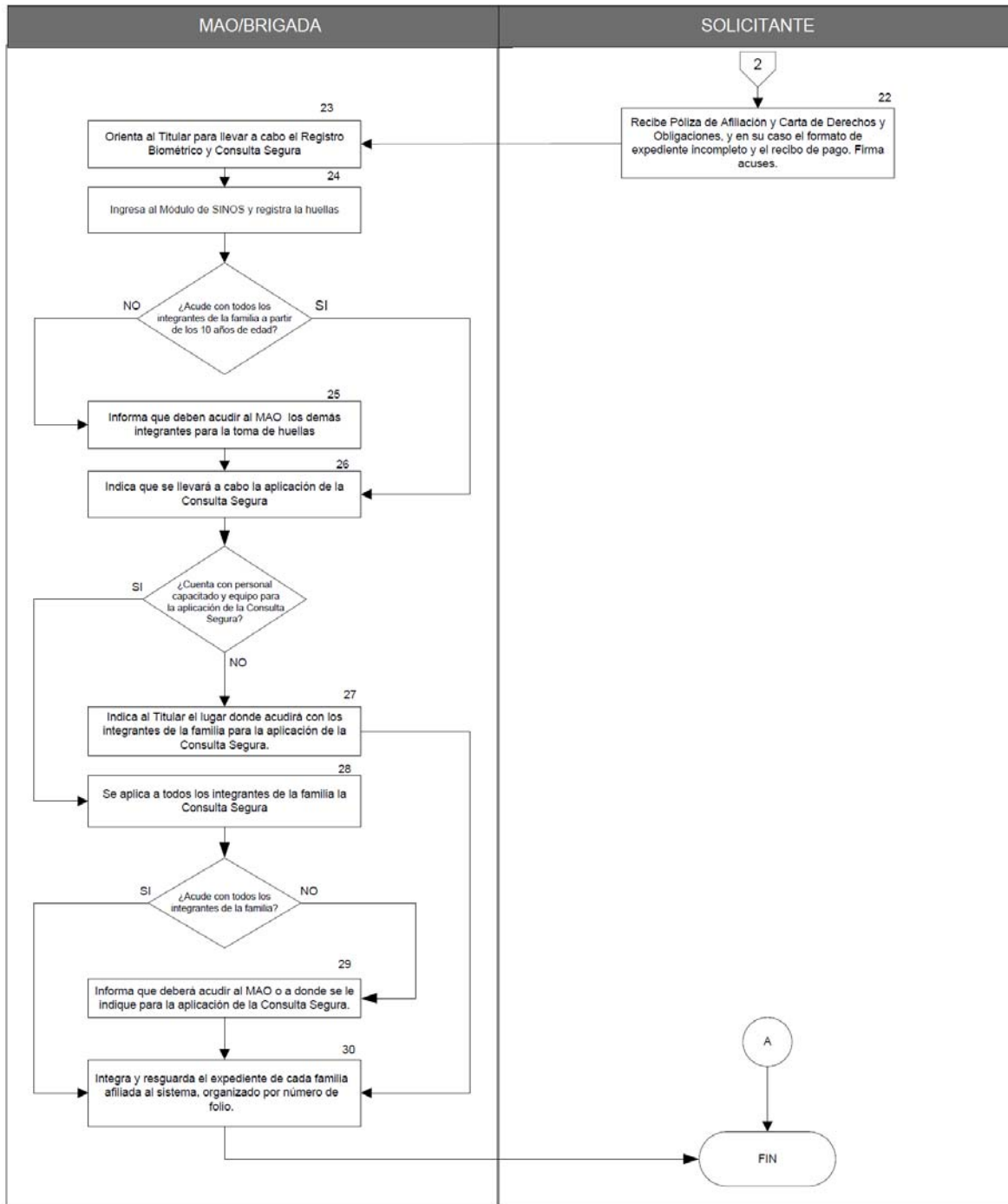


FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE PROMOCIÓN Y AFILIACIÓN AL SMSXXI





FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE PROMOCIÓN Y AFILIACIÓN AL SMSXXI



ANEXO 10. LINEAMIENTOS PARA LA AFILIACIÓN, OPERACIÓN, INTEGRACIÓN DEL PADRÓN NACIONAL DE BENEFICIARIOS Y DETERMINACIÓN DE LA CUOTA FAMILIAR DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD.

Publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2005.

Última reforma publicada DOF 19/12/11

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**CAPITULO 1****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 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.

Consulta Segura. Tamiz de datos básicos orientados a identificar riesgos de salud de los afiliados al Sistema. Dicho Tamiz consiste en la aplicación de pruebas indicativas de riesgo, mediante la utilización de variables como: peso, talla, glucosa en sangre, tensión arterial y perímetro abdominal, entre otros, los cuales permitirán identificar con la debida anticipación, algunas condicionantes que pudieran significar riesgo en la salud de la persona, con la finalidad de ser canalizadas para su debido tratamiento, en su caso.

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, incluidos sus datos de identidad, la información socioeconómica derivada de su incorporación y la asociada a los riesgos de salud, entre otros.

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.

Registro Biométrico. Medio para identificar a una persona, basado en sus características físicas, tales como sus huellas dactilares, iris y rostro. Para efectos del Sistema se registrarán las huellas dactilares de todos los dedos de las dos manos de cada uno de los integrantes del núcleo familiar a partir de los 10 años, que formalicen su afiliación o reafiliación al Sistema.

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 (SAP). Conjunto de procesos, procedimientos, herramientas y componentes para la administración e integración nominal de la información socioeconómica, de salud, biométrica y toda aquella relacionada con el Padrón de Beneficiarios, conforme a lo que dispone el artículo 50 del Reglamento y demás disposiciones jurídicas y administrativas aplicables.

Sistema Nominal en Salud (SINOS). Componente del SAP para el Registro Biométrico y aplicación de la Consulta Segura, entre otros.

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.

CAPITULO II

DE LA PROMOCION Y AFILIACION

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.

MECANICA DE PROMOCION Y DIFUSION

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.

CAPITULO III

AFILIACION Y REAFILIACION

PROCEDIMIENTO PARA LA AFILIACION

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

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

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

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

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

5. La información obtenida de la CECASOEH y la documentación señalada en el punto anterior se manejará de manera confidencial por los Regímenes Estatales. Posteriormente se capturará y procesará en medios magnéticos, asignándole a cada familia un número de identificación (folio).
6. Las familias interesadas deberán cubrir la cuota familiar así como entregar la copia del recibo correspondiente, salvo que se trate de familias que por su condición socioeconómica entren al régimen no contributivo.
7. En su caso, las familias podrán cubrir la cuota familiar en el MAO o brigada de afiliación, en sucursal bancaria, en las cajas de los hospitales y unidades de salud que para tal efecto habiliten los Regímenes Estatales, o en aquellos otros que autorice la Comisión.

8. El MAO se encargará de tramitar la expedición y entrega de la credencial TUSALUD para todos los beneficiarios, misma que servirá de instrumento de identificación. Asimismo, el MAO proporcionará la Carta de Derechos y Obligaciones y expedirá la Póliza de afiliación en la que se indique el titular, los integrantes beneficiarios de la familia, la vigencia de sus derechos, la cuota familiar anual y la unidad médica que le corresponda.
9. La afiliación al Sistema se formalizará una vez que se entregue al titular la Póliza de afiliación, la cual deberá entregarse de manera inmediata o, en el caso de no existir 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 mismo día de formalizada dicha afiliación, debiendo los Regímenes Estatales regularizar esa situación.
- 9 Bis 1. Una vez que se haya formalizado la afiliación de la familia al Sistema, se deberá llevar a cabo el procedimiento de Registro Biométrico y Consulta Segura de cada uno de sus integrantes, orientando al Titular para concluir con dicho procedimiento.
- 9 Bis 2. Para llevar a cabo el Registro Biométrico y la Consulta Segura, se deberá ingresar al módulo específico SINOS, capturando el folio de afiliación de la familia generado al momento de su incorporación.
- 9 Bis 3. Primeramente deberá llevarse a cabo el Registro Biométrico a todos los integrantes de la familia a partir de los 10 años, debiendo el personal encargado observar que se digitalicen las huellas dactilares de todos los dedos de las dos manos de dichos integrantes.
- 9 Bis 4. Finalizado el Registro Biométrico de los integrantes de la familia a partir de los 10 años afiliados al Sistema, se le indicará a la familia que se llevará a cabo la aplicación de la Consulta Segura a todos los integrantes de la familia afiliados al Sistema, indicándole que se realizará la aplicación de pruebas que permitan identificar algunas condicionantes que pudieran significar riesgo en la salud de la persona.
- 9 Bis 5. Los Regímenes Estatales deberán implementar las estrategias necesarias, a efecto de que a los integrantes a partir de 10 años de las familias afiliadas al Sistema les sea aplicado el Registro Biométrico y, a todos los integrantes, la Consulta Segura.
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.

AFILIACION PERMANENTE

16. Las personas interesadas en afiliarse o reafiliarse al Sistema podrán realizarlo durante todo el año calendario, en los días y horas hábiles establecidos por cada Régimen Estatal para la operación de los MAO y las brigadas.
17. Con la finalidad de dar cumplimiento a las reglas de transparencia en el manejo de recursos públicos federales, los Regímenes Estatales deberán verificar la convergencia entre las campañas de promoción para la afiliación y/o reafiliación y los procesos electorales locales, con la finalidad de evitar un empalme entre las campañas electorales, los comicios y la operación de afiliación.

AFILIACIONES COLECTIVAS

18. Los Regímenes Estatales, previa opinión favorable de la Comisión, podrán realizar la afiliación colectiva de familias agremiados a las colectividades que así lo soliciten, para lo cual es necesario que cada uno de los agremiados cumpla los requisitos establecidos en las disposiciones jurídicas correspondientes, así como los enunciados en este capítulo.
19. De igual manera, bajo las mismas condiciones cualquier institución gubernamental podrá gestionar la afiliación colectiva al Sistema de familias susceptibles de incorporación.
20. La Comisión podrá llevar a cabo la afiliación colectiva de familias de manera directa para lo cual será necesario que lo informe a los Regímenes Estatales para que las considere dentro de las metas de afiliación pactada, o en su caso se establezcan los mecanismos de coordinación pertinentes con aquellas entidades federativas en que tenga presencia la colectividad.
21. La cuota familiar para la afiliación colectiva se fijará de manera uniforme, acorde al nivel de ingreso promedio del grupo para lo cual será necesario aplicar un estudio de condición socioeconómica a una muestra aleatoria representativa del grupo o bajo los criterios específicos que en la operación establezca la Comisión.
22. Las familias que acrediten formar parte de una colectividad, quedarán exentas de la evaluación socioeconómica que forma parte de la CECASOEH.
23. Las familias que pertenezcan a una colectividad conservarán su derecho a afiliarse al Sistema de manera directa, independiente a las condiciones específicas que para esa colectividad se establezcan.

PROCEDIMIENTO PARA LA REAFILIACION

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.

- 24 Bis.** Las familias que hubieren cumplido con lo dispuesto por el lineamiento 9 Bis 1, serán sujetas de una nueva Consulta Segura al momento de su reafiliación.

CAPITULO IV
CEDULA DE CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS 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 ESPECIFICOS

2. La CECASOEH, es de aplicación general a las familias que soliciten su afiliación al Sistema y será elaborada con base en el modelo aprobado para el efecto por la Comisión.
3. Las entidades federativas no podrán modificar el contenido ni el formato de la CECASOEH que emita la Comisión. Su aplicación podrá realizarse mediante medios físicos o magnéticos. En el caso que los Regímenes Estatales opten por la aplicación de la CECASOEH a través de medios magnéticos, el Sistema de Administración del Padrón emitirá un reporte en el que constará la información proporcionada.
4. En caso de que se incorporen familias beneficiarias de programas sociales del gobierno federal en los que ya se haya realizado una valoración de su condición socioeconómica, se considerarán esos criterios como válidos para afiliarse al Sistema y solamente deberán responder el apartado de solicitud de afiliación.
5. En el caso que la familia se sostenga con ingresos compartidos por varios de sus miembros, deberán éstos registrarse en la CECASOEH para efectos de cuantificar adecuadamente el ingreso familiar.
6. A efecto de validar la información proporcionada por el titular, ésta podrá ser verificada por los Regímenes Estatales o por la Comisión, a través de los mecanismos de control que para el efecto se implanten.
7. La información contenida en la CECASOEH tendrá validez por tres años para efectos de reafiliación. Habiendo transcurrido ese 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.

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

CAPITULO VI**INFORMACION 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.

CAPITULO VII**DEL PADRON DE BENEFICIARIOS DEL SISTEMA****INTEGRACION DEL PADRON**

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, entre otros.
 - 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.

VALIDACION DEL PADRON

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 contra registros 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.
 - 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.
 - g) Verificar que los integrantes de la familia incorporados al Sistema, cuenten con la información correspondiente al Registro Biométrico y la Consulta Segura.
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.

ENVIO Y RECEPCION 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 forma mensual, mediante conexión en línea a la Dirección General de Afiliación y Operación.

La información biométrica y la referente a la Consulta Segura, será enviada a la Comisión conforme a las disposiciones que la misma emita como criterios o lineamientos de operación.
7. El envío de la base de datos se realizará a través de la estructura y medios informáticos que prevea la Comisión a partir del Sistema de Administración del Padrón y, en su caso, a través de los medios magnéticos alternativos cuando exista algún impedimento circunstancial.
8. La Comisión, realizará una segunda validación de la base de datos remitida por los Regímenes Estatales, a partir de la herramienta de validación integrada en el Sistema de Administración del Padrón. En el caso de detectar inconsistencias, las remitirá para su corrección a los Regímenes Estatales, para que éstos realicen las adecuaciones pertinentes a los registros.
9. Los Regímenes Estatales tendrán un máximo de dos 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 del 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.

INFORMACION 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 quince 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 PADRON

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

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

13. Para mantener actualizado el Padrón de Beneficiarios, las correcciones e 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, podrán 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 numeral 4 del CAPITULO III de estos Lineamientos. Una vez registrados en el SAP, se deberá generar y entregar al titular de familia una nueva Póliza de afiliación.

RESGUARDO, ACCESO Y CONTROL DEL PADRON

14. Los Regímenes Estatales, una vez declarado el cierre oficial de afiliación del periodo correspondiente por la Comisión, procederán a:
 - a) Respaldo la información del Padrón de cierre mensual y realizar al menos dos respaldos adicionales en disco compacto informáticamente protegido u otros dispositivos de almacenamiento existentes en el mercado alternos al integrado al equipo de cómputo, en donde el responsable del área de administración del padrón acopia la información de la base de datos, para asegurar la recuperación integral de la información en caso de una eventualidad. Para ello se deberán de adoptar las medidas de control de condiciones ambientales necesarias, establecidas por los proveedores de estos insumos para su cuidado, manejo y conservación.
 - b) Realizar el respaldo de la base de datos previo a cada cambio de versión del Sistema de Administración del Padrón, para asegurar su recuperación e integridad de la información.
 - c) Efectuar la actualización del Sistema de Administración del Padrón a partir de las versiones que libere la Comisión y asegurar que la integración de la información se realice con la versión actualizada.
 - d) Resguardar el Padrón del cierre de cada mes una vez oficializado por la Comisión, a efecto de preservar el récord histórico por cada periodo, ya que será el medio reconocido de sustento a la solicitud de transferencia de los recursos federales, así como soporte de los informes oficiales de los Servicios Estatales de Salud como de los propios Regímenes Estatales.
 - e) Adoptar las medidas de recuperación de información del Padrón en el caso de siniestros tales como: terremotos, inundaciones, incendios u otros que pudieran afectar la integridad de los resguardos de información de la base de datos, seleccionando un lugar físico alternativo de almacenamiento de los respaldos del Padrón al lugar de adscripción, a efecto de asegurar su recuperación integralmente. Para ese efecto, se turnarán a tal lugar de almacenaje al menos dos discos compactos con el respaldo de la información por cada mes de cierre de Padrón. El acceso a este lugar alternativo deberá recaer en el responsable del Régimen Estatal y el titular del área de administración de padrón para asegurar la información confidencial depositada.

CONFIDENCIALIDAD Y DIFUSION DE INFORMACION DEL PADRON

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.

EVALUACION DEL PADRON

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, procederá a la 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.

CAPITULO VIII**DISPOSICIONES FINALES****DE LA DIFUSION**

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.

DE LOS CASOS NO PREVISTOS Y CRITERIOS DE OPERACION

5. La Comisión emitirá los lineamientos o criterios específicos para la implementación y operación del SINOS, que deberán observar los Regímenes Estatales, y de ser el caso, establecerán la coordinación con los Servicios Estatales de Salud.
6. La Secretaría de Salud, a través de la Comisión, resolverá aquellos casos no previstos en los presentes Lineamientos, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

TRANSITORIOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Calendario del proceso de envío y validación de base de datos

Trimestre	Envío base de datos por los 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
III	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 MODIFICACIONES Y ADICIONES A LOS LINEAMIENTOS

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

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

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

...

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.

**ACUERDO QUE MODIFICA 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 10 de junio de 2010

PRIMERO.- Se modifica el numeral 7 del Capítulo V de los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón de Beneficiarios y determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2005 y modificado mediante diverso publicado en el mismo órgano oficial de difusión el 27 de junio de 2006, para quedar como sigue:

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. 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.

TRANSITORIO

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

México, Distrito Federal, a 28 de mayo de 2010.- El Secretario de Salud, José Angel Córdova Villalobos.- Rúbrica.

ACUERDO QUE REFORMA, ADICIONA Y DEROGA DIVERSAS DISPOSICIONES DE 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 18 de octubre de 2011

UNICO.- Se reforman la denominación y el numeral 1 del CAPITULO 1; el numeral 9 del CAPITULO III; los numerales 1 fracción I, inciso c); 4, inciso d), 6, 9, 11 y 13 del CAPITULO VII; **se adicionan** los numerales 9 Bis 1, 9 Bis 2, 9 Bis 3, 9 Bis 4, 9 Bis 5 y 24 Bis del CAPITULO III, el inciso g) al numeral 4 del CAPITULO VII y el apartado "De los casos no previstos" con los numerales 5 y 6 al CAPITULO VIII, y **se derogan** el apartado de "Credencialización" del CAPITULO III que comprende los numerales 25 a 28 y el numeral 14 del CAPITULO V de los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, para quedar como sigue:

...

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, deberá emitir los criterios de gasto para la implementación y operación del Sistema Nominal en Salud, conforme al presupuesto autorizado y señalado en el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en cada Entidad Federativa a que se refiere el artículo 77 bis 6 de la Ley General de Salud y en la normatividad que resulte aplicable en materia de adquisiciones.

TERCERO. A efecto de garantizar que todos los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud cuenten con los beneficios del Sistema Nominal en Salud, los Regímenes Estales en coordinación con los Servicios Estatales de Salud deberán establecer, durante el presente ejercicio fiscal, los mecanismos y las acciones necesarias para su puesta en marcha en cada circunscripción territorial. A partir del 1 de enero de 2012, y en tanto se logra implementar en su totalidad en las entidades federativas, así como en el Distrito Federal, los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, deberán tener acceso gradual a los beneficios del Sistema Nominal en Salud, conforme a los lineamientos o criterios específicos que emita la Comisión.

México, Distrito Federal, a doce de octubre de dos mil once.- El Secretario de Salud, Salomón Chertorivski Woldenberg.- Rúbrica.

ACLARACION AL ACUERDO POR EL QUE SE REFORMAN, ADICIONAN Y DEROGAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE 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 EL 18 DE OCTUBRE DE 2011 EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION.

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de diciembre de 2011

En el CAPITULO III, AFILIACION Y REAFILIACION del Acuerdo por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones 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, página 23, de la Tercera Sección del Diario Oficial de la Federación:

...

En el CAPITULO VII, DEL PADRON DE BENEFICIARIOS DEL SISTEMA del Acuerdo por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones 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, página 24, de la Tercera Sección del Diario Oficial de la Federación:

...

En el apartado de TRANSITORIOS del Acuerdo por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones 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, página 24, de la Tercera Sección del Diario Oficial de la Federación:

México, Distrito Federal, a los doce días del mes de diciembre de dos mil once.- El Secretario de Salud, Salomón Chertorivski Woldenberg.- Rúbrica.

ANEXO 11. AVISO QUE ESTABLECE NUEVOS SUPUESTOS PARA CONSIDERAR A FAMILIAS AFILIADAS O POR AFILIARSE AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 23 DE JUNIO DEL 2010

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

SALOMON CHERTORIVSKI WOLDENBERG, Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 77 BIS 5, inciso A, fracción VI, 77 Bis 11, 77 BIS 21, 77 Bis 25, 77 BIS 26 y 77 BIS 35 de la Ley General de Salud; 122, 124, 125, 126 y 127, fracción III del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; numeral 6 del Capítulo V de los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, y 4 fracciones I, XXVII, y XXXVII y 6 fracciones I y XIII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y

CONSIDERANDO

Que el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud establece que el Sistema de Protección Social en Salud es un mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, haciendo efectivo así el derecho de toda persona a la protección de la salud, garantía constitucional contenida en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

Que en términos de la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, el Sistema de Protección Social en Salud es financiado de manera solidaria por la Federación, las entidades federativas y, en su caso, por los beneficiarios del mismo, para lo cual, de conformidad con dichos ordenamientos, la Secretaría de Salud, por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, establece el esquema de cuotas familiares;

Que el artículo 77 Bis 26 la propia Ley General de Salud, establece que el nivel de ingreso o la carencia de éste no es limitante para el acceso al Sistema de Protección Social en Salud, dada la previsión del régimen no contributivo, el cual es aplicable, tanto a aquellas familias con insuficiente ingreso o la carencia de éste, como en otros supuestos que fije la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, conforme a la fracción III del artículo 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, contempla el eje 3 "Igualdad de Oportunidades", en el cual se establece el objetivo 7 "evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal", dentro del cual la estrategia 7.2 prevé la consolidación de la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, y

Que, congruente con lo dispuesto por el Plan Nacional de Desarrollo, se ha estimado pertinente continuar con los esfuerzos realizados por el Gobierno Federal, tendientes a mitigar los efectos de las condiciones económicas adversas que prevalecen en la actualidad, por lo que se ha determinado ampliar los supuestos del régimen no contributivo en el Sistema de Protección Social en Salud, hacia a todas las personas afiliadas y por afiliarse, que se ubiquen en los deciles III y IV de la distribución del ingreso para efectos del Sistema de Protección Social en Salud, tenido a bien expedir el siguiente:

AVISO QUE ESTABLECE NUEVOS SUPUESTOS PARA CONSIDERAR A FAMILIAS AFILIADAS O POR AFILIARSE AL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD EN EL REGIMEN NO CONTRIBUTIVO

PRIMERO.- El presente aviso tiene por objeto establecer nuevos supuestos para considerar familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud como sujetos del régimen no contributivo.

SEGUNDO.- Se considerarán sujetos del régimen no contributivo del Sistema de Protección Social en Salud:

I. Las familias afiliadas con anterioridad a la expedición del presente Aviso y que, cumpliendo con sus derechos y obligaciones respectivos, se ubiquen en los deciles III y IV de la distribución de ingreso, conforme a la evaluación socioeconómica realizada en términos de los artículos 77 Bis 25 de la Ley General de Salud y 122 y 124 al 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud;

II. Las familias que, en términos de las disposiciones aplicables, se incorporen con posterioridad a la expedición del presente Acuerdo y se ubiquen en los deciles III y IV de la distribución de ingreso, en términos de la evaluación a que se refiere la fracción anterior;

TERCERO.- Las familias que a la fecha de entrada en vigor del presente Aviso ya estuvieran afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, y que por encontrarse en los supuestos establecidos en el Artículo Segundo del presente Aviso se consideren sujetos del régimen no contributivo, continuarán con los mismos derechos y obligaciones, a excepción del pago de la cuota familiar que originalmente les hubiera correspondido.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Aviso entrará en vigor a los 30 días naturales siguientes a su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Las familias que se ubiquen en los supuestos de suspensión de beneficios del Sistema de Protección Social en Salud, en términos de la fracción I del artículo 77 Bis 39 de la Ley General de Salud, se podrán acoger a los beneficios del presente Aviso, una vez que hayan cumplido la obligación cuya omisión hubiese originado la suspensión de la cobertura de la protección social en salud.

TERCERO.- Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, continuarán aplicando la evaluación socioeconómica a que se refieren los artículos 77 Bis 25 de la Ley General de Salud; 122 y 124 al 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

CUARTO.- La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, durante la vigencia del presente Aviso, continuará elaborando el diverso por el que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud, a que se refieren los artículos 77 BIS 5, inciso A, fracción VI, 77 BIS 21, 77 BIS 25 de la Ley General de Salud; 124 y 135 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y el numeral 6 del Capítulo V de los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.

México, D.F., a 26 de abril de 2010.- El Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, Salomón Chertorivski Woldenberg.- Rúbrica.



ANEXO 12. PARTIDAS DE GASTO PARA EL APOYO ECONÓMICO A LOS SESA POR INCREMENTO EN LA DEMANDA DE SERVICIOS

Núm.	Partidas de Gasto	
1	11301	Sueldos base
2	12101	Honorarios
3	12201	Sueldos base al personal eventual
4	21101	Materiales y útiles de oficina
5	21201	Materiales y útiles de impresión y reproducción
6	21401	Materiales y útiles para el procesamiento en equipos y bienes informáticos
7	21501	Material de apoyo informativo
8	21601	Material de limpieza
9	22102	Productos alimenticios para personas derivado de la prestación de servicios públicos en unidades de salud, educativas, de readaptación social
10	22301	Utensilios para el servicios de alimentación
11	24201	Cemento y productos de concreto
12	24301	Cal, yeso y productos de yeso
13	24401	Madera y productos de madera
14	24501	Vidrio y productos de vidrio
15	24601	Material eléctrico y electrónico
16	24701	Artículos metálicos para la construcción
17	24801	Materiales complementarios
18	24901	Otros materiales y artículos de construcción y reparación
19	25101	Productos químicos básicos
20	25301	Medicinas y productos farmacéuticos
21	25401	Materiales, accesorios y suministros médicos
22	25501	Materiales, accesorios y suministros de laboratorio
23	25901	Otros productos químicos
24	26105	Combustibles, lubricantes y aditivos para maquinaria, equipo de producción y servicios administrativos
25	27101	Vestuario y uniformes
26	27501	Blancos y otros productos textiles, excepto prendas de vestir
27	29101	Herramientas menores
28	29201	Refacciones y accesorios menores de edificios

29	29301	Refacciones y accesorios menores de mobiliario y equipo de administración, educacional y recreativo
30	29401	Refacciones y accesorios para equipo de cómputo
31	29501	Refacciones y accesorios menores de equipo e instrumental médico y de laboratorio
32	29801	Refacciones y accesorios menores de maquinaria y otros equipos
33	31101	Servicio de energía eléctrica
34	31201	Gas
35	31301	Servicio de agua
36	32301	Arrendamiento de equipo y bienes informáticos
37	32601	Arrendamiento de maquinaria y equipo
38	33303	Servicios relacionados con certificación de procesos
39	33603	Impresiones de documentos oficiales para la prestación de servicios públicos, identificación, formatos administrativos y fiscales, formas valoradas, certificados y títulos
40	33604	Impresión y elaboración de material informativo derivado de la operación y administración de las dependencias y entidades
41	33901	Subcontratación de servicios con terceros
42	34701	Fletes y maniobras
43	35101	Mantenimiento y conservación de inmuebles
44	35201	Mantenimiento y conservación de mobiliario y equipo de administración
45	35301	Mantenimiento y conservación de bienes informáticos
46	35401	Instalación, reparación y mantenimiento de equipo e instrumental médico y de laboratorio
47	35701	Mantenimiento y conservación de maquinaria y equipo
48	35801	Servicios de lavandería, limpieza e higiene
49	51101	Mobiliario
50	51501	Bienes informáticos
51	51901	Equipo de administración
52	53101	Equipo médico y de laboratorio
53	53201	Instrumental médico y de laboratorio
54	56400	Sistema de aire acondicionado, calefacción y refrigeración industrial y comercial
55	56601	Maquinaria y equipo eléctrico y electrónico
56	62201	Obras de construcción para edificios no habitacionales
57	62202	Mantenimiento y rehabilitación de edificaciones no habitacionales
58	24101	Productos minerales no metálicos