

TERCERA SECCION

SECRETARIA DE SALUD

CONVENIO de Coordinación Interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al Programa Seguro Médico Siglo XXI, que celebran la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social.- Seguro Popular.- Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

CONVENIO DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES RELATIVAS AL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD, A QUIEN EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ "LA SECRETARÍA", A TRAVÉS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, REPRESENTADA POR SU TITULAR, MTRO. ANTONIO CHEMOR RUIZ, ASISTIDO POR LA DIRECTORA GENERAL DE FINANCIAMIENTO, MTRA. EUFROSINA PLATA QUIROZ, POR LA DIRECTORA GENERAL DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, DRA. DIANA CELIA CARPIO RÍOS, ASÍ COMO POR EL DIRECTOR GENERAL ADJUNTO RESPONSABLE DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI, DR. VÍCTOR MANUEL VILLAGRÁN MUÑOZ, Y POR LA OTRA PARTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "EL IMSS", REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, EL MTRO. TUFFIC MIGUEL ORTEGA, ASISTIDO POR LA DRA. FRINNÉ AZUARA YARZÁBAL, TITULAR DE LA UNIDAD DEL PROGRAMA IMSS-PROSPERA; A QUIENES CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ COMO "LAS PARTES", CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

1. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4o., párrafos cuarto y noveno, establece el derecho de las personas a la protección de la salud, disponiendo que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; así como el derecho que tienen los niños y las niñas a la satisfacción de sus necesidades de salud.
2. La promoción de la salud de las niñas y niños representa un objetivo estratégico para todo Estado que pretenda construir una sociedad sana, justa y desarrollada. La condición de salud de las niñas y niños afecta de manera importante el rendimiento educativo de los escolares, y éstos, a su vez, tiene un efecto significativo en la salud y la capacidad productiva en la edad adulta, es decir, la salud de los primeros años determina las condiciones futuras de esa generación.
3. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en su apartado VI. "Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción", literal VI.2. México Incluyente en sus Objetivos 2.2 y 2.3, prevé 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 2018, en su Anexo 26, 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 30 de diciembre de 2017 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación, las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI para el Ejercicio Fiscal 2018 (Reglas de Operación), que consideran como uno de los apoyos económicos para la operación del Seguro Médico Siglo XXI, el pago por la prestación de servicios a los beneficiarios del Programa, por parte de prestadores distintos a los Servicios Estatales de Salud.
6. El objetivo del Programa Seguro Médico Siglo XXI, en lo sucesivo “EL PROGRAMA”, consiste en otorgar financiamiento para que los menores de cinco años beneficiarios del mismo, cuenten con un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia de atención médica y preventiva, complementaria a la considerada en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y en el Catálogo de Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud.
7. En las Reglas de Operación se establece que para lograr la adecuada operación de “EL PROGRAMA” y garantizar la prestación de los servicios, aun en aquellas localidades en las que los Servicios Estatales de Salud no cuentan con unidades médicas instaladas, “LA SECRETARÍA” podrá suscribir convenios con el IMSS, tanto en su régimen obligatorio como con el PROGRAMA IMSS-PROSPERA, y con otras instituciones proveedoras de servicios integrantes del Sistema Nacional de Salud.
8. Con fechas 8 de noviembre de 2013, 4 de febrero de 2014, 4 de mayo de 2015, 29 de febrero de 2016 y 8 de marzo de 2017 la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en adelante la “CNPSS”, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, con la participación de la Unidad del Programa IMSS-PROSPERA, suscribieron los respectivos Convenios de Coordinación Interinstitucional para la Ejecución de Acciones Relativas a “EL PROGRAMA”.
9. El 26 de diciembre de 2017, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las Reglas de Operación del Programa IMSS-PROSPERA para el ejercicio fiscal 2018, en las que se establece dentro de sus objetivos el proporcionar el Componente Salud a la población beneficiaria de PROSPERA y los medicamentos asociados, así como la entrega del suplemento alimenticio.

DECLARACIONES

I. “LA SECRETARÍA” declara que:

- 1.1. 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.
- 1.2. La “CNPSS” es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, en términos de los artículos 77 Bis 35 de la Ley General de Salud; 2, literal C, fracción XII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y 3 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud el cual cuenta con autonomía técnica, administrativa y de operación.
- 1.3. El Comisionado Nacional de Protección Social en Salud tiene las facultades para suscribir el presente Convenio, de conformidad con lo dispuesto 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 16 de septiembre de 2017, expedido por el Licenciado Enrique Peña Nieto, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos.
- 1.4. La “CNPSS” cuenta con atribuciones para instrumentar la política de protección social en salud; impulsar la coordinación y vinculación de acciones del Sistema de Protección Social en Salud con las de otros programas sociales para la atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable desde una perspectiva intercultural que promueva el respeto a la persona y su cultura, así como sus derechos humanos en salud; administrar los recursos financieros que en el marco del Sistema le suministre la Secretaría de Salud y efectuar las transferencias que correspondan a los Estados y al Distrito Federal, acorde a lo establecido en el artículo 4 fracciones I, VI y XIII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- 1.5. La Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, en lo sucesivo “DGGSS”, cuenta con atribuciones para: (i) proponer la incorporación gradual y jerarquizada de los servicios de salud y de las intervenciones clínicas al Sistema, así como su secuencia y alcance con el fin de lograr la cobertura universal de los servicios; (ii) estimar los costos derivados de las intervenciones médicas

- y de la provisión de nuevos servicios, con base en los protocolos clínicos y terapéuticos previendo su impacto económico en el Sistema, (iii) coadyuvar en la determinación de las cédulas de evaluación del Sistema, que se utilicen en el proceso de acreditación, en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, y (iv) coordinar las acciones para propiciar la cobertura y calidad de la atención médica integrando al Sistema los programas dirigidos a grupos vulnerables, conforme a lo establecido en el artículo 10, fracciones I, II, III BIS 3 y XI del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- I.6. Corresponde a la Dirección General de Financiamiento, en lo sucesivo la “DGF”, entre otras atribuciones: (i) diseñar y proponer en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, los esquemas y mecanismos financieros que sean necesarios para el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, incluyendo el desarrollo de programas de salud dirigidos a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable; (ii) determinar los criterios para la operación y administración de los fondos generales y específicos relacionados con las funciones comprendidas en el Sistema de Protección Social en Salud y de los programas orientados a la atención de grupos vulnerables; (iii) coadyuvar, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, en las acciones de supervisión financiera del Sistema de Protección Social en Salud, y de los programas de atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable para garantizar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, así como de sus metas y objetivos, de conformidad con el artículo 9 fracciones III, VI, VII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
 - I.7. La Dirección General Adjunta del Programa Seguro Médico Siglo XXI, en lo sucesivo “DGA SMSXXI”, participa en el presente instrumento jurídico en su carácter de área de la “CNPSS” responsable de “EL PROGRAMA” para el mejor desempeño de las funciones inherentes a la operación del mismo, previstas en las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables al mismo.
 - I.8. Cuenta con recursos presupuestales autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, para hacer frente a las obligaciones derivadas de la suscripción del presente instrumento.
 - I.9. Para efectos del presente Convenio señala como domicilio el ubicado en la Calle Gustavo E. Campa número 54, colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01020, en la Ciudad de México.

II. “EL IMSS” declara que:

- II.1. Es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, que es el instrumento básico de la Seguridad Social, establecido como un servicio público de carácter nacional, en términos de los artículos 4 y 5 de la Ley del Seguro Social.
- II.2. El 25 de mayo de 1979, “EL IMSS” y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República “COPLAMAR” suscribieron un convenio para el establecimiento de servicios de solidaridad social en las áreas marginadas del país, a través de un programa denominado “Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria”.
- II.3. Por Acuerdo del Ejecutivo Federal publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de abril de 1983, se designó a “EL IMSS” como Administrador del “Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria”, posteriormente denominado Programa IMSS-PROSPERA.

Conforme al Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-PROSPERA para el ejercicio fiscal 2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de diciembre de 2017, el Programa IMSS-PROSPERA es administrado por “EL IMSS” y tiene por objeto garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud, mediante el otorgamiento de servicios de salud de primer y segundo nivel a favor de la población que carece de seguridad social, especialmente en las zonas rurales y urbano-marginadas del territorio nacional donde el Programa cuenta con establecimientos médicos.
- II.4. De conformidad con el artículo 251, fracciones IV, XX y XXXII, de la Ley del Seguro Social, tiene entre sus atribuciones realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir con sus fines; establecer coordinación con las dependencias y entidades de las administraciones públicas federal, estatales y municipales, para el cumplimiento de sus objetivos, así como celebrar convenios de cooperación e intercambio en materia de medicina preventiva, atención médica, manejo y atención hospitalaria con otras instituciones de seguridad social o de salud de los sectores público federal, estatal y municipal o del sector social.

- II.5.** El artículo 178 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria faculta a las dependencias y entidades que participen en programas sujetos a Reglas de Operación, como es el caso del Programa IMSS-PROSPERA, para promover la celebración de Convenios o Acuerdos Interinstitucionales, con el fin de coadyuvar a una visión integral, fortalecer la coordinación y evitar duplicidad de los mismos, para la consecución de los objetivos establecidos y así dar cumplimiento a los criterios señalados en el artículo 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- II.6.** Su representante, el Mtro. Tuffic Miguel Ortega, en su carácter de Director General, cuenta con las facultades suficientes para suscribir el presente instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido por los artículos 268, fracción III, de la Ley del Seguro Social, 66, fracción I, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, y acredita su personalidad mediante el testimonio de la Escritura Pública número 86,835, de fecha 22 de diciembre de 2017, pasada ante la fe del Lic. Benito Iván Guerra Silla, titular de la Notaría Pública número 7 de la Ciudad de México, en la que consta su nombramiento como Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, por el C. Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Licenciado Enrique Peña Nieto.
- II.7.** La Doctora Frinné Azuara Yarzabal, en su carácter de Titular de la Unidad del Programa IMSS-PROSPERA, cuenta con las facultades suficientes para intervenir en la celebración del presente Convenio, de conformidad con lo establecido en los artículos 268-A, de la Ley del Seguro Social, 2, fracción V, 3, fracción II, inciso g), 6, fracción I, y 82, último párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, y acredita su personalidad con el testimonio de la Escritura Pública número 122,115 de fecha 12 de enero de 2015, otorgada ante la fe del doctor Eduardo García Villegas, titular de la Notaría Pública número 15 de la Ciudad de México.
- II.8.** Está inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con la clave IMS421231 I45.
- II.9.** Cuenta con los elementos técnicos, materiales y humanos para dar cumplimiento al presente convenio.
- II.10.** Tiene Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA, que se encuentran acreditados por la Secretaría de Salud para efectos de cumplir con el objeto materia del presente Convenio.
- II.11.** IMSS-PROSPERA es un programa del Gobierno Federal administrado por "EL IMSS", cuyo objetivo consiste en atender a las personas que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad social, fundamentalmente de población que se localiza en zonas rurales y urbanas donde IMSS-PROSPERA contribuye a garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud. Para ello cuenta con una infraestructura médica de segundo nivel de atención en Hospitales Rurales acreditados distribuidos en los estados de Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
- II.12.** Señala como domicilio para todos los efectos que se deriven del presente instrumento jurídico, el ubicado en Calle Havre No. 7, Tercer Piso, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06600, en la Ciudad de México.

Expuesto lo anterior, "LAS PARTES" están de acuerdo en celebrar el presente Convenio de Colaboración en materia de transferencia de recursos para la ejecución de "EL PROGRAMA", conforme a las estipulaciones que se contienen en las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO.- El presente Convenio tiene por objeto establecer las bases para que "LA SECRETARÍA" transfiera a "EL IMSS" de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria existente, recursos presupuestarios federales correspondientes al ejercicio fiscal 2018, para la ejecución de "EL PROGRAMA", con motivo de las intervenciones proporcionadas en los Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA que se encuentren acreditados por la Secretaría de Salud, a favor de los beneficiarios del Seguro Médico Siglo XXI, 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), de conformidad con los numerales 5.3.2 y 5.3.3 de las Reglas de Operación y que se encuentran incorporadas en el Anexo 1 del presente instrumento. En ningún caso se cubrirán las acciones e intervenciones señaladas en el Anexo 2 de las Reglas de Operación.

SEGUNDA. DE LA ACREDITACIÓN.- “LAS PARTES” convienen en que los Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA, para realizar las intervenciones a que se refiere la Cláusula Primera, deberán estar previamente acreditados por “LA SECRETARÍA”.

Por consiguiente, “EL IMSS” está de acuerdo en que en el supuesto de que alguno de sus Hospitales Rurales de IMSS-PROSPERA no se encuentre acreditado y brinde alguna de las intervenciones a que se refiere la Cláusula Primera, dichas intervenciones no serán pagadas por “LA SECRETARÍA”.

“EL IMSS” se obliga a proporcionar a “LA SECRETARÍA” los dictámenes correspondientes a cada uno de los Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA, conforme se vayan acreditando, para que sean cubiertas las intervenciones que realicen a partir de la fecha de su acreditación.

“LAS PARTES” acuerdan que 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.

TERCERA. TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES.- “LA SECRETARÍA” transferirá a “EL IMSS” recursos presupuestarios federales correspondientes a “EL PROGRAMA” conforme a lo dispuesto en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos del artículo 77 Bis 5, de la Ley General de Salud, las Reglas de Operación y el presente instrumento jurídico.

“EL IMSS” solicitará a “LA SECRETARÍA” la transferencia de recursos, en los casos de intervenciones realizadas, únicamente de aquellos beneficiarios que no hayan cubierto ninguna cuota de recuperación.

Para la transferencia del recurso, “EL IMSS” deberán expedir un recibo institucional en donde se especifique el Banco, los datos de la cuenta bancaria con la Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), la cantidad a transferir y los casos a cubrir.

“LA SECRETARÍA” podrá solicitar a “EL IMSS” cualquier información adicional de los casos cuya transferencia haya sido solicitada.

CUARTA. 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 IMSS”, se consideran devengados para “LA SECRETARÍA” una vez que se constituyó la obligación de transferir el recurso a “EL IMSS”.
- 2) “EL IMSS” para cada transferencia de recursos federales deberá enviar de manera oficial a la “CNPSS”, por conducto de la “DGF”, dentro de los quince días hábiles posteriores a la misma, un recibo institucional que cumpla con los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones aplicables, el cual deberá:
 - Ser expedido a nombre de la Secretaría de Salud;
 - Señalar el Domicilio Fiscal: Lieja número 7, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México;
 - Indicar el Registro Federal de Contribuyentes: SSA630502CU1;
 - Precisar el monto de los recursos transferidos;
 - Señalar la fecha de emisión;
 - Señalar la fecha de recepción del recurso, y
 - 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, las intervenciones cubiertas reportadas por “EL IMSS” y autorizadas para pago por “DGA SMSXXI” así como el presente Convenio. El documento comprobatorio será el recibo, a que se refiere la presente cláusula.
- 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.

QUINTA. PROCEDIMIENTO PARA LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS:

- I. "LA SECRETARÍA", por conducto de "DGA SMSXXI", verificará que el registro de los casos realizado por "EL IMSS", contenga la información de carácter médico requerida, y su correcta clasificación de acuerdo al tabulador del Anexo 1 de este Convenio, que permita validar su autorización; y, de ser procedente, autorizará los casos y montos para pago y enviará a la "DGF", un informe de los casos en que procedan los reembolsos respectivos, para que ésta los transfiera a "EL IMSS" de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria existente.
- II. "EL IMSS" enviará a "LA SECRETARÍA", por conducto de la "DGF", el recibo, señalado en la Cláusula que antecede y que será la comprobación de los recursos transferidos que "EL IMSS" deba entregar a "LA SECRETARÍA".
- III. "LA SECRETARÍA", por conducto de "DGA SMSXXI", no autorizará las intervenciones cuya información requerida para ello no sea proporcionada o cuando la calidad de la información recibida no permita su autorización, así como, cuando durante el proceso de autorización se determine la improcedencia del pago y, en consecuencia, dichas intervenciones no serán pagadas.
- IV. "LA SECRETARÍA" realizará la transferencia de recursos en términos de las disposiciones aplicables, en la cuenta bancaria productiva específica que establezca para tal efecto "EL IMSS" en forma previa a la entrega de los recursos, informando de ello a "LA SECRETARÍA".
- V. La notificación de transferencia por parte de la "CNPSS" se realizará por conducto de la "DGF" a "EL IMSS", e independientemente de su entrega oficial, podrá ser enviada a través de correo electrónico a la cuenta institucional que para tal efecto indique "EL IMSS". En caso de existir modificación a dicha cuenta, deberá notificarse de manera oficial a la "DGF".
- VI. El control y supervisión de los recursos a que se refiere el presente convenio se realizará conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

SEXTA. ADMINISTRACIÓN Y EJERCICIO DE LOS RECURSOS FEDERALES TRANSFERIDOS.- "EL IMSS" recibirá de "LA SECRETARÍA" por conducto de la "CNPSS", recursos provenientes del Ramo 12 "Salud", por lo que "EL IMSS" deberá instrumentar los registros y controles específicos que aseguren la correcta aplicación de esos recursos, acorde a lo dispuesto en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación, la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento, así como la demás normatividad aplicable.

Los recursos federales transferidos forman parte del mecanismo de financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud, y corresponde a "EL IMSS", destinar, administrar y ejercer dichos recursos hasta su erogación total para dar cumplimiento a los fines previstos en el presente Convenio.

Los recursos federales transferidos a "EL IMSS" se deberán registrar específicamente y destinarse exclusivamente para dar cumplimiento al objeto de este Convenio.

SÉPTIMA. OBLIGACIONES DE "LA SECRETARÍA".- Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio "LA SECRETARÍA", por conducto de la "CNPSS", se obliga a:

- I. Transferir a través de la "DGF" a "EL IMSS" los recursos presupuestarios federales a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio, de acuerdo con los plazos derivados del procedimiento de pago correspondiente, la disponibilidad presupuestaria y la autorización de pago que "DGA SMSXXI" envíe a la "DGF".
- II. Coadyuvar en el ámbito de sus atribuciones con los entes fiscalizadores competentes, en la verificación de que los recursos presupuestarios federales transferidos sean aplicados únicamente para la realización de los fines a los cuales son destinados.
- III. Dar seguimiento, en coordinación con "EL IMSS", sobre el avance en el cumplimiento del objeto del presente instrumento.
- IV. Realizar, por conducto de "DGA SMSXXI", de acuerdo al esquema de monitoreo, supervisión y evaluación de la operación e impacto del Seguro Médico Siglo XXI establecido en el Plan Estratégico de Supervisión del Sistema de Protección Social en Salud, las visitas determinadas por ejercicio fiscal, para lo cual podrá solicitar la información que corresponda.
- V. Realizar, por conducto de la "DGF", la supervisión financiera de "EL PROGRAMA" consistente en verificar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula Segunda de este Convenio.
- VI. Difundir en la página de Internet de la "CNPSS" el presente instrumento.

OCTAVA. OBLIGACIONES DE “EL IMSS”.- Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio “EL IMSS” se obliga a:

- I. Prestar a los beneficiarios de “EL PROGRAMA” que le sean referidos para tal efecto, los servicios médicos de segundo nivel que no se encuentran dentro del CAUSES ni del FPGC, pero sí dentro de aquellos padecimientos cubiertos por “EL PROGRAMA” de conformidad con las Reglas de Operación.
- II. Proporcionar a los beneficiarios de “EL PROGRAMA” que le sean referidos, atención médica efectiva, ética y responsable con elementos que definen la calidad asistencial de la unidad operativa, y con la misma calidad y calidez en la atención médica que al resto de los pacientes que atiendan, así como un trato digno a ellos y a sus padres o tutores.
- III. 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.
- IV. 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.
- V. Brindar atención a los pacientes reduciendo los tiempos de espera, garantizar el surtimiento completo de medicamentos, e informar sobre el uso adecuado de los mismos, dando indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le sean recetados.
- VI. Dar a conocer a los padres, tutores y/o representantes de los beneficiarios de “EL 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.
- VII. 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.
- VIII. Informar sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento y dar las facilidades para la obtención de la segunda opinión al respecto.
- IX. 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.
- X. 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.
- XI. 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.
- XII. Referir a la niña o niño beneficiario que requiera los servicios del tercer nivel de atención, al hospital más cercano de los Servicios Estatales de Salud.
- XIII. Entregar a “LA SECRETARÍA”, cuando así se lo requiera la documentación y un informe de los registros clínicos de los beneficiarios de “EL PROGRAMA”, con el siguiente contenido: folio de afiliación, nombre, fecha de nacimiento, edad, género, número de expediente médico, folio de la declaratoria de caso, fecha de diagnóstico, fecha de inicio de tratamiento, motivo de egreso, fecha de egreso, clave CIE10, lugar de residencia, diagnóstico motivo de los servicios prestados, tipo de tratamiento, y según sea el caso, el tabulador registrado, y procedimiento clínico realizado.
- XIV. Proporcionar los documentos o información que le requiera “LA SECRETARÍA”, así como otorgarle las facilidades necesarias para llevar a cabo el seguimiento del adecuado cumplimiento del presente Convenio.
- XV. Mantener la documentación comprobatoria de las intervenciones cubiertas con los reembolsos transferidos, a disposición de “LA SECRETARÍA”, así como de las entidades fiscalizadoras federales y locales competentes, para su revisión en el momento que así se le requiera.

- XVI.** Verificar la veracidad de los datos contenidos en la información que se proporcione a "LA SECRETARÍA" sobre el ejercicio y comprobación de las intervenciones cubiertas solicitadas como reembolso a "LA SECRETARÍA" a través de la transferencia de recursos federales de "EL PROGRAMA".
- XVII.** Dar aviso a "LA SECRETARÍA", en un plazo no mayor a cinco días hábiles, cuando deje de tener vigencia o sea suspendido alguno de los dictámenes de Acreditación expedidos por la Secretaría de Salud, a los establecimientos que brindan los servicios médicos.
- XVIII.** Abstenerse de registrar casos cuando el Dictamen de Acreditación expedido por la Secretaría de Salud ha perdido su vigencia.
- XIX.** Dar aviso al Régimen Estatal de Protección Social en Salud de la Entidad Federativa correspondiente de los casos que se han atendido y que se han puesto del conocimiento de "LA SECRETARÍA", dentro de los quince días hábiles posteriores al cierre del mes correspondiente.
- XX.** Atender oportunamente las quejas, sugerencias o comentarios, que las personas beneficiarias de "EL PROGRAMA" presenten sobre la atención médica recibida en los Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA, aplicando las medidas correctivas procedentes e informando a "LA SECRETARÍA" la solución otorgada al quejoso.

NOVENA. COMISIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.- Para el adecuado desarrollo del objeto del presente instrumento, "LAS PARTES" en este acto forman una Comisión de Evaluación y Seguimiento integrada por dos representantes de "LA SECRETARÍA" y dos de "EL IMSS", cuyas funciones serán las siguientes:

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

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

"EL IMSS" designa como sus representantes ante la Comisión de Evaluación y Seguimiento al titular de la Coordinación de Atención Integral a la Salud y al Responsable del Programa Seguro Médico Siglo XXI, ambos de la Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

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

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

DÉCIMA PRIMERA. ACCESO A LA INFORMACIÓN.- La información que se presenten, obtengan o produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento serán clasificadas atendiendo a los principios de confidencialidad, reserva y protección de datos personales que deriven de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en la Ley General de Protección de Datos Personales en poder de Sujetos Obligados y demás disposiciones aplicables, por lo que "LAS PARTES" se obligan a guardar estricta confidencialidad respecto a la información y resultados que se produzcan por el cumplimiento del presente instrumento, utilizándola únicamente para el cumplimiento del mismo.

"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 SEGUNDA. 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 respectiva, por lo que no crearán relaciones de carácter laboral, civil ni de seguridad social con la otra, a la que en ningún caso se le considerará como patrón sustituto o solidario.

DÉCIMA TERCERA. VIGENCIA.- El presente Convenio comenzará a surtir efectos a partir del 1 de enero, con vigencia hasta el treinta y uno de diciembre de dos mil dieciocho.

DÉCIMA CUARTA. MODIFICACIONES AL CONVENIO.- 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 QUINTA. CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR.- "LAS PARTES" no serán responsables de eventos derivados de caso fortuito o fuerza mayor, los cuales les impidieran total o parcialmente la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Convenio de Colaboración.

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

DÉCIMA SEXTA. 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 SÉPTIMA. CAUSAS 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 OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD.- "LAS PARTES" se obligan a mantener estricta confidencialidad respecto de la información que sea de su conocimiento, con motivo del desarrollo de las actividades propias del presente Convenio, por lo que se comprometen a utilizarla únicamente para el cumplimiento del objeto del mismo.

En consecuencia, queda prohibido revelar, copiar, reproducir, explotar, comercializar, alterar, duplicar, divulgar o difundir a terceros, la información sin autorización previa y por escrito del titular de la misma y de la otra parte.

La información y actividades que se genere, obtengan y produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento será clasificada atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

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

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.

VIGÉSIMA. 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"

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

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

Leído que fue el Convenio, y enteradas las partes de su contenido y alcance legales, lo firman por quintuplicado en la Ciudad de México, el día trece del mes de marzo de dos mil dieciocho.- Por la Secretaría: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Antonio Chemor Ruiz.-** Rúbrica.- La Directora General de Financiamiento, **Eufrosina Plata Quiroz.-** Rúbrica.- El Director General de Gestión de Servicios de Salud, **Diana Celia Carpio Ríos.-** Rúbrica.- El Director General Adjunto responsable del Programa Seguro Médico Siglo XXI, **Víctor Manuel Villagrán Muñoz.-** Rúbrica.- Por el IMSS: el Director General, **Tuffic Miguel Ortega.-** Rúbrica.- El Titular de la Unidad del Programa IMSS-PROSPERA, **Frinné Azuara Yarzabal.-** Rúbrica.

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	Pago por facturación
15		Inmunodeficiencia con predominio de defectos de los anticuerpos	D80	Pago por facturación
16		Inmunodeficiencias combinadas	D81	Pago por facturación
17		Síndrome de Wiskott-Aldrich	D82.0	Pago por facturación
18		Otras inmunodeficiencias	D84	Pago por facturación
19	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Intolerancia a la lactosa	E73	\$23,072.48
20		Fibrosis quística	E84	Pago por facturación
21		Depleción del volumen	E86	\$9,605.00
22		Hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales	E25.0	Pago por facturación
23		Fenilcetonuria	E70.0	Pago por facturación
24		Galactosemia	E74.2	Pago por facturación
25	Enfermedades del sistema nervioso	Otros trastornos del nervio facial	G51.8	\$31,057.33
26		Síndrome de Guillain-Barré	G61.0	\$33,511.56
27		Parálisis cerebral infantil (Diagnóstico, terapia y en su caso, los insumos o medicamentos especializados utilizados; anual y hasta por 5 años).	G80	Pago por facturación
28		Hemiplejía (Diagnóstico, terapia y en su caso, los insumos o medicamentos especializados utilizados; anual y hasta por 5 años).	G81	
29		Paraplejía y cuadriplejía (Diagnóstico, terapia y en su caso, los insumos o medicamentos especializados utilizados; anual y hasta por 5 años).	G82	
30		Procedimientos de Rehabilitación	00.B, 00.C (CIE9 MC)	

Núm.	Grupo	Enfermedad	Clave CIE-10	Tabulador
31		Medicina Física y Rehabilitación y procedimientos relacionados	93.08, 93.1, 93.22, 93.31, 93.32, 93.33, 93.34 ,93.99 (CIE9 MC)	
32	Enfermedades del ojo	Retinopatía de la prematuridad	H35.1	\$38,913.38
33	Enfermedades del oído	Hipoacusia neurosensorial bilateral (Prótesis auditiva externa y sesiones de rehabilitación auditiva verbal)	H90.3	\$35,421.80
34		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
35		Implantación prótesis cóclea	20.96 a 20.98 (CIE9 MC)	\$292,355.98
36		Habilitación auditiva verbal en niños candidatos a prótesis auditiva externa o a implantación de prótesis de cóclea (anual hasta por 5 años).	V57.3 (CIE9 MC)	\$5,668.00
37	Enfermedades del sistema circulatorio	Miocarditis aguda	I40	\$74,173.03
38		Fibroelastosis endocárdica	I42.4	\$26,381.19
39		Hipertensión pulmonar primaria	I27.0	\$78,030.00
40	Enfermedades del sistema respiratorio	Neumonía por Influenza por virus identificado	J10.0	\$19,025.42
41		Neumonía por Influenza por virus no identificado	J11.0	\$19,025.42
42		Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte	J15	\$44,121.11
43		Bronconeumonía, no especificada	J18.0	\$44,121.11
44		Neumonitis debida a sólidos y líquidos	J69	\$60,749.00
45		Pneumotórax	J86	\$37,733.42
46		Derrame pleural no clasificado en otra parte	J90.X	\$40,721.27
47		Derrame pleural en afecciones clasificadas en otra parte	J91.X	\$29,228.74
48		Neumotórax	J93	\$28,575.51
49			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
50	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes	K00	\$15,804.10
51		Estomatitis y lesiones afines	K12	\$14,340.08
52		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
53		Constipación	K59.0	\$13,736.30
54		Malabsorción intestinal	K90	Pago por facturación
55		Otros trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte	K91.8	Pago por facturación

Núm.	Grupo	Enfermedad	Clave CIE-10	Tabulador
56	Enfermedades de la piel	Síndrome estafilocócico de la piel escaldada (Síndrome de Ritter)	L00.X	\$26,384.64
57		Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco	L02	\$10,143.00
58		Quiste epidérmico	L72.0	\$8,359.78
59	Enfermedades del sistema osteomuscular	Artritis piógena	M00	\$45,830.98
60		Artritis juvenil	M08	Pago por facturación
61		Poliarteritis nodosa y afecciones relacionadas	M30	Pago por facturación
62		Fascitis necrotizante	M72.6	\$50,206.96
63	Enfermedades del sistema genitourinario	Síndrome nefrítico agudo	N00	\$27,518.60
64		Síndrome nefrítico, anomalía glomerular mínima	N04.0	Pago por facturación
65		Uropatía obstructiva y por reflujo	N13	\$45,579.12
66		Insuficiencia renal aguda	N17	\$38,963.98
67		Insuficiencia renal terminal	N18.0	Pago por facturación
68		Divertículo de la vejiga	N32.3	\$44,052.99
69		Infección de vías urinarias, sitio no especificado	N39.0	\$16,716.00
70		Hidrocele y espermatocele	N43	\$19,250.83
71		Orquitis y epididimitis	N45	\$20,142.13
72		Fístula vesicovaginal	N82.0	\$45,902.29
73	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	P00.0	\$58,596.63
74		Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de membranas	P01.1	\$20,517.05
75		Feto y recién nacido afectado por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas	P02	\$14,764.00
76		Feto y recién nacido afectados por drogadicción materna	P04.4	\$58,596.63
77		Retardo en el crecimiento fetal y desnutrición fetal	P05	\$57,830.70
78		Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer	P08	\$20,517.05
79		Hemorragia y laceración intracraneal debidas a traumatismo del nacimiento	P10	\$95,077.64
80		Otros traumatismos del nacimiento en el sistema nervioso central	P11	\$93,975.89
81		Traumatismo del nacimiento en el cuero cabelludo /(incluye cefalohematoma)	P12	\$15,906.46
82		Traumatismo del esqueleto durante el nacimiento	P13	\$39,909.33
83		Traumatismo del sistema nervioso periférico durante el nacimiento	P14	\$29,792.27
84		Otros traumatismos del nacimiento	P15	\$34,354.55
85		Hipoxia intrauterina	P20	\$32,355.75
86		Asfisia al nacimiento	P21	\$33,072.23
87		Taquipnea transitoria del recién nacido	P22.1	\$20,517.05
88		Neumonía congénita	P23	\$29,439.78
89		Síndromes de aspiración neonatal	P24	\$31,014.78
90		Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el período perinatal	P25	\$40,254.35
91		Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26	\$40,254.35
92		Displasia broncopulmonar originada en el periodo perinatal	P27.1	\$41,161.75

Núm.	Grupo	Enfermedad	Clave CIE-10	Tabulador
93		Otras apneas del recién nacido	P28.4	\$33,072.23
94		Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve	P38.X	\$27,096.53
95		Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido	P52	\$61,645.44
96		Enfermedad hemorrágica del feto y del recién nacido	P53.X	\$29,449.55
97		Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	P55	\$28,803.22
98		Hidropesía fetal debida a enfermedad hemolítica	P56	\$30,176.39
99		Ictericia neonatal debida a otras hemólisis excesivas	P58	\$27,833.72
100		Ictericia neonatal por otras causas y las no especificadas	P59	\$17,701.70
101		Coagulación intravascular diseminada en el feto y el recién nacido	P60.X	\$51,245.46
102		Policitemia neonatal	P61.1	\$23,338.14
103		Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido	P70	\$23,399.09
104		Trastornos neonatales transitorios del metabolismo del calcio y del magnesio	P71	\$23,129.98
105		Alteraciones del equilibrio del sodio en el recién nacido	P74.2	\$23,129.98
106		Alteraciones del equilibrio del potasio en el recién nacido	P74.3	\$23,129.98
107		Íleo meconial	P75.X	\$11,285.14
108		Síndrome del tapón de meconio	P76.0	\$35,391.90
109		Otras peritonitis neonatales	P78.1	\$57,553.53
110		Enterocolitis necrotizante	P77	\$83,382.70
111		Convulsiones del recién nacido	P90.X	\$27,401.30
112		Depresión cerebral neonatal	P91.4	\$41,384.86
113		Encefalopatía hipóxica isquémica	P91.6	\$33,072.23
114	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Anencefalia	Q00.0	\$15,501.64
115		Encefalocele	Q01	\$37,246.95
116		Estenosis y estrechez congénitas del conducto lagrimal	Q10.5	\$16,223.88
117		Catarata congénita	Q12.0	\$17,410.00
118		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
119		Seno, fístula o quiste de la hendidura branquial	Q18.0	\$19,457.84
120		Malformaciones congénitas de la nariz	Q30	\$18,722.95
121		Malformación congénita de la laringe (Incluye laringomalacia congénita)	Q31	\$15,714.40
122		Malformaciones congénitas de la tráquea y de los bronquios	Q32	\$35,067.59
123		Malformaciones congénitas del pulmón	Q33	\$35,794.42
124		Otras malformaciones congénitas del intestino (Incluye divertículo de Meckel, Enfermedad de Hirschsprung y malrotación intestinal)	Q43	\$64,916.21
125		Malformaciones congénitas de vesícula biliar, conductos biliares e hígado (Incluye atresia de conductos biliares y quiste de colédoco)	Q44	\$76,250.03
126		Páncreas anular	Q45.1	\$42,097.89

Núm.	Grupo	Enfermedad	Clave CIE-10	Tabulador	
127		Anquiloglosia	Q38.1	\$2,392.00	
128		Síndrome de Potter	Q60.6	\$53,839.99	
129		Duplicación del uréter	Q62.5	\$34,275.20	
130		Riñón supernumerario	Q63.0	\$40,986.94	
131		Riñón ectópico	Q63.2	\$40,341.75	
132		Malformación del uraco	Q64.4	\$38,920.28	
133		Ausencia congénita de la vejiga y de la uretra	Q64.5	\$60,096.31	
134		Polidactilia	Q69	\$65,269.27	
135		Sindactilia	Q70	\$26,550.25	
136		Craneosinostosis	Q75.0	\$138,668.31	
137		Hernia diafragmática congénita	Q79.0	\$73,510.59	
138		Ictiosis congénita	Q80	\$22,781.51	
139		Epidermólisis bullosa	Q81	\$22,982.77	
140		Nevo no neoplásico, congénito	Q82.5	\$21,767.16	
141		Anormalidades cromosómicas (Diagnóstico)	Q90 – Q99	\$30,414.45	
142		Síntomas y signos generales	Choque hipovolémico	R57.1	\$43,282.45
143		Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	Fractura de la bóveda del cráneo	S02.0	\$20,182.00
144	Traumatismo intracraneal con coma prolongado		S06.7	\$230,116.37	
145	Avulsión del cuero cabelludo		S08.0	\$39,222.75	
146	Herida del tórax		S21	\$23,941.92	
147	Traumatismo por aplastamiento del pulgar y otro(s) dedo(s)		S67.0	\$7,119.00	
148	Quemaduras y corrosiones	Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo	T20.3,T21.3, T22.3,T23.3, T24.3,T25.3, T29.3,T30.3	\$107,138.31	
149	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	Efectos adversos de drogas que afectan primariamente el sistema nervioso autónomo	Y51	\$18,331.93	
150		Efectos adversos de vacunas bacterianas	Y58	\$18,810.36	
151	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	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 No 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

REFORMA al Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

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

ONOFRE MUÑOZ HERNÁNDEZ, Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 8o, fracción III del Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en cumplimiento del acuerdo de dicho cuerpo colegiado adoptado en su Octogésima Cuarta Sesión Ordinaria, celebrada en la Ciudad de México, el veintisiete de febrero de dos mil dieciocho, mediante el cual aprobó reformar el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, instruyendo a su publicación en el Diario Oficial de la Federación, he tenido a bien ordenar la publicación de la siguiente

**REFORMA AL REGLAMENTO DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS MÉDICAS
Y GESTIÓN PERICIAL DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO**

ARTICULO ÚNICO.- Se **REFORMA** el artículo 8o. del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para quedar como sigue

Artículo 8o.- Para la tramitación y resolución de los asuntos ante CONAMED, se estará a lo dispuesto en el presente Reglamento, siempre que las partes no hubieren realizado alguna prevención especial en la cláusula compromisoria o en el compromiso arbitral. Para la tramitación de quejas respecto de las instituciones nacionales de seguridad social y a fin de respetar la legislación en la materia, se estará en su caso, a lo previsto en este Reglamento, así como en las bases de colaboración que al efecto se suscriban. En caso de incumplimiento, se dará aviso al Órgano Interno de Control que corresponda.

TRANSITORIO

ÚNICO. La presente reforma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en la Ciudad de México, a los cinco días del mes de julio de dos mil dieciocho.- El Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, **Onofre Muñoz Hernández.**- Rúbrica.

(R.- 471545)