



7 de Mayo del 2012

**Unidad Responsable:** Comisión Nacional de Protección Social en Salud

**Programa:** Seguro Médico para una Nueva Generación

**Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012**

**Institución Evaluadora:** Hospital Infantil de México Federico Gómez

Nombre del coordinador de la evaluación: Lic. Evelyne Eugenia Rodríguez Ortega

Nombre de los principales colaboradores: Lic. Evelyne Eugenia Rodríguez Ortega, Dr. Onofre Muñoz

Hernández, Lic. Elvira Mireya Pasillas Torres, C.P. Elías Hernández Ramírez

**Diseño del Programa:** *“El diagnóstico no aborda esta problemática ni si el tipo de intervención que lleva a cabo el programa es la más eficaz para atenderla”*

- Se tiene como base el Artículo 36 de la Ley General de Salud
- El Proyecto para un Seguro Universal de Salud para Niños es un antecedente del programa, contiene algunos elementos para justificar la proporción del gasto en salud correspondiente al gasto de bolsillo, con lo que se fundamenta teórica y empíricamente al Seguro Popular y consecuentemente al Seguro Médico para una Nueva Generación cuyo objetivo general es contribuir a la disminución del empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento en salud con cobertura amplia. En el numeral 1 de las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (ROP SMNG), publicadas en el Diario Oficial de la Federación se encuentra la justificación del mismo.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de mayo de 2007, dentro de su Eje 3 Igualdad de Oportunidades, establece como Objetivo 7 que el Gobierno Federal debe llevar a cabo acciones tendientes a evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico universal
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de enero de 2008, señala en el numeral 7.1 de su Sección 4 Estrategias y Líneas de Acción, el establecimiento del Seguro Médico para una Nueva Generación, que incorpore a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al Sistema de Protección Social en Salud
- Estrategia 7 del PRONASA 2007 – 2012; Línea de Acción 7.1: Afiliación de los niños sin seguridad social. Ampliar la cobertura de intervenciones preventivas, curativas y de rehabilitación para la población beneficiaria del Seguro Médico para una Nueva Generación.
- Los datos proporcionados por el libro Sistema de Protección Social en Salud; Biblioteca de la salud, Secretaría de Salud, Fundación México para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, página 27, figura 1.4, Composición desigual del gasto en salud.

Por lo anterior solicitaríamos se revisaran cada uno de los puntos anteriores que integran el diagnóstico y establecen la intervención a realizar con el fin de documentar adecuadamente las preguntas.

*“Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente”*

**Planeación y Orientación a Resultados del Programa:** (i) establecer como parte de la regulación de los servicios, estándares de acceso y servicio (distancias, horarios, personal, etc.) que aseguren que todas las familias afiliadas tengan acceso a los servicios de salud, y que pueden ejercer sus derechos como afiliados; (ii) establecer estándares de servicio para consultas, procedimientos y suministro de medicamentos, y una mayor supervisión operativa en estos aspectos, con el fin de reducir el gasto privado en esos rubros; (iii) buscar alternativas para mejorar la calidad de su padrón; y, (iv) implementar estrategias que permitan verificar los padrones de afiliación con las instituciones de seguridad social.

- El Seguro Médico para una Nueva Generación es un Programa de financiamiento para la atención de la salud cuyo objetivo principal es, de acuerdo a sus Reglas de Operación, contribuir a la disminución del empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico universal de los niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006 que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social. Como consta en numeral 4.1.3. de las Reglas de Operación del Programa para el ejercicio fiscal 2011 “A los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal, a través de los Regímenes Estatales o de las instancias administrativas facultadas, les corresponde: d) A través del personal del Modulo de Afiliación y Operación (MAO) y la brigada de afiliación, aplicar la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), referida en los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación 15 de abril de 2005 y sus reformas; h) Garantizar la prestación de los servicios de salud que se derivan de las acciones preventivas y de capacitación y de las intervenciones previstas en este SMNG; así como las que provengan del CAUSES y del FPGC a través de las unidades médicas de los SESA u otros prestadores de servicios estatales o federales; i) Gestionar y administrar los recursos transferidos para la instrumentación y ejecución del SMNG conforme a lo establecido en las presentes Reglas y en la normatividad federal y estatal; j) Asegurar el abasto oportuno de medicamentos en sus unidades por sí o mediante la suscripción de los convenios de gestión que resulten necesarios para este efecto”
- Sobre el cruce de padrones les comento lo siguiente: Llevar a cabo el cruce entre padrones tiene ciertas complejidades tanto técnicas como normativas. Desde el punto de vista técnico, para llevar a cabo un cruce entre dos o más bases de datos, es necesario contar con una “llave” común. Cada institución de Seguridad Social tiene su propia llave (número de seguridad social, folio de afiliación, etc) y no son compartidas con las demás bases de datos ya que responden a las necesidades y especificaciones de cada institución. Es por esto que, la única llave en común que comparten los distintos padrones es la CURP, sin embargo y por diversas razones, esta clave no se encuentra para todos los registros contenidos en las bases de datos por lo que el cruce bajo esta llave es, hasta cierto punto, limitado. Como puede observarse, existen más de 17 millones de derechohabientes, afiliados o beneficiarios que no tienen CURP, lo que hace imposible llevar a cabo el cruce entre estos padrones para este conjunto de registros por la única llave común entre bases de datos. Ante esta dificultad, existen otros métodos para cruzar información utilizando “cadenas”, esto es, concatenando los nombres, más los apellidos, más la fecha de nacimiento, más el género, más la entidad de nacimiento. Si bien es una buena aproximación, con uno de estos datos que no se encuentre igual en dos bases de datos diferentes, la cadena no coincide al cien por ciento y puede en estricto, considerarse que se refiere a dos personas diferentes, por lo que este método es de aproximación. Adicionalmente a lo anterior, el aspecto normativo es un elemento importante a considerar para poder llevar a

*“Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente”*

cabo un cruce entre padrones, en razón de que una premisa obvia y fundamental para poder cruzar información entre dos o más padrones, es el contar con la información de cada base de dato que se desea cruzar, lo cual al día de hoy no es posible debido a que se requiere de un instrumento jurídico que permita el intercambio de información entre instituciones. En otras palabras, ni el IMSS ni el ISSSTE pueden proporcionarle su base de datos al seguro popular, ni viceversa, si no existe la base jurídica para tal efecto. En este sentido, actualmente la atribución de contar y concentrar los diferentes padrones de los programas sociales es la Secretaría de la Función Pública.

*Se recomienda diseñar actividades de monitoreo y evaluaciones en los siguientes rubros: a) impacto del programa para disminuir el gasto de bolsillo y los gastos catastróficos; b) impacto en el estado de salud de los niños afiliados, c) evaluaciones de la estrategia de embarazo saludable propuesta como parte de la evaluación del SMNG (HIMFG 2008); d) evaluaciones del efecto del programa en el acceso a servicios de salud, f) evaluación de los incentivos que genera el programa en el mercado laboral.*

- El programa ha sido evaluado en el impacto del estado de salud de los niños afiliados en los siguientes rubros: 2010 “Evaluación de la morbilidad y mortalidad neonatales en recién nacidos afiliados al Sistema de Protección Social en Salud”; 2011 “Evaluación de la calidad y costos directos en el manejo de Enterocolitis Necrotizante y Taquipnea Transitoria de los Recién Nacidos afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación”
- En el 2012 se llevará a cabo la evaluación de impacto por el Hospital infantil de México Federico Gómez.
- El Seguro Médico para una Nueva Generación es un Programa de financiamiento para la atención de la salud cuyo objetivo principal es, de acuerdo a sus Reglas de Operación, contribuir a la disminución del empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico universal de los niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006 que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social. Como consta en numeral 4.1.3. de las Reglas de Operación del Programa para el ejercicio fiscal 2011 “A los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal, a través de los Regímenes Estatales o de las instancias administrativas facultadas, les corresponde: d) A través del personal del Modulo de Afiliación y Operación (MAO) y la brigada de afiliación, aplicar la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), referida en los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación 15 de abril de 2005 y sus reformas; h) Garantizar la prestación de los servicios de salud que se derivan de las acciones preventivas y de capacitación y de las intervenciones previstas en este SMNG; así como las que provengan del CAUSES y del FPGC a través de las unidades médicas de los SESA u otros prestadores de servicios estatales o federales; i) Gestionar y administrar los recursos transferidos para la instrumentación y ejecución del SMNG conforme a lo establecido en las presentes Reglas y en la normatividad federal y estatal; j) Asegurar el abasto oportuno de medicamentos en sus unidades por sí o mediante la suscripción de los convenios de gestión que resulten necesarios para este efecto”
- La estrategia de embarazo saludable que se implemento en mayo del 2008, no depende del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, las mujeres afiliadas bajo esta estrategia reciben un paquete de atención incluido en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).
- El Seguro Médico para una Nueva Generación es un Programa de financiamiento para la atención de la salud cuyo objetivo principal es, de acuerdo a sus Reglas de Operación, contribuir

*“Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente”*

- a la disminución del empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico universal de los niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006 que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social. Como consta en numeral 4.1.3. de las Reglas de Operación del Programa para el ejercicio fiscal 2011 “A los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal, a través de los Regímenes Estatales o de las instancias administrativas facultadas, les corresponde: d) A través del personal del Modulo de Afiliación y Operación (MAO) y la brigada de afiliación, aplicar la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), referida en los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación 15 de abril de 2005 y sus reformas; h) Garantizar la prestación de los servicios de salud que se derivan de las acciones preventivas y de capacitación y de las intervenciones previstas en este SMNG; así como las que provengan del CAUSES y del FPGC a través de las unidades médicas de los SESA u otros prestadores de servicios estatales o federales; i) Gestionar y administrar los recursos transferidos para la instrumentación y ejecución del SMNG conforme a lo establecido en las presentes Reglas y en la normatividad federal y estatal; j) Asegurar el abasto oportuno de medicamentos en sus unidades por sí o mediante la suscripción de los convenios de gestión que resulten necesarios para este efecto”
- En relación a los incentivos que genera el Programa en el mercado laboral, pongo a su consideración los siguientes artículos: Robert Duval y Ricardo Smith “Informalidad y Seguro Popular bajo mercados laborales segmentados” (2010), CIDE (El Seguro Popular tiene un efecto muy pequeño para que los trabajadores no busquen empleos formales y dicho efecto disminuye en el tiempo. La introducción del Seguro Popular lleva a una reducción en la tasa de aplicación al sector formal de apenas el 1% en 2004 y de 0.7% en 2009.); Nelly Aguilera, “The Short term causal effects of Seguro Popular on formal employment”, 2010, Conferencia Interamericana de Estudios de Seguridad Social (El Seguro Popular no afecta las intenciones de incorporación al empleo formal en el corto plazo, los resultados no muestran una mayor preferencia por entrar al sector informal. En las localidades que recibieron promoción del Seguro Popular, la probabilidad de transitar del sector formal al informal es prácticamente idéntica a la probabilidad del tránsito en sentido inverso. En el caso de las mujeres jóvenes (25 a 35 años), el Seguro Popular no es un factor que haga que cambien de un tipo de trabajo a otro. La alta movilidad del mercado laboral entre ambos sectores no se genera por la existencia del SPSS ni existe evidencia de que éste sea causa de mayor propensión a transitar del sector formal al informal.).

**Cobertura y Focalización del Programa:** *Debe señalarse que las ROP subestiman para este mismo año, la población potencial y la objetivo ya que no consideran dentro de las definiciones los nacimientos proyectados durante 2011, situación que se repite en las ROP 2012.*

- La proyección de las poblaciones se realizará con los datos de CONAPO modificados por los resultados del censo 2010 de INEGI en cuanto se oficialicen.

**Operación del Programa:** *Se sugiere establecer procedimientos específicos para las otras transferencias de recursos que hace el programa y para el acceso de los afiliados a los beneficios de servicios médicos en las unidades médicas.*

- Los Procedimientos se encuentran establecidos en las Reglas de Operación del Programa para el ejercicio fiscal 2011 publicadas en el DOF el 29 de diciembre del 2010, para cada uno de los apoyos, tal y como se señala en los siguientes numerales:

*“Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente”*

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

##### b) Forma de pago y periodicidad.

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

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

##### b) Forma de pago y periodicidad.

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

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

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

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

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

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

En el caso de que la intervención haya sido realizada por alguna unidad médica dependiente de los SESA, el reembolso será cubierto a quien corresponda de acuerdo a la estructura administrativa de cada entidad en los mismos términos en que se realizan las transferencias federales del Sistema. En el caso de que la intervención haya sido realizada por un prestador distinto a los SESA, el pago se hará

*“Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente”*

directamente por la Comisión al prestador del servicio. En este último caso, el prestador deberá expedir un recibo institucional de la transferencia del recurso en donde se especifique el Banco, los datos de la cuenta bancaria con la Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), la cantidad a pagar y los casos a cubrir...

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

##### b) Forma de pago y periodicidad.

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

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

#### 4.3.4. Apoyo económico para el pago de vacunas.

##### b) Formas de pago y periodicidad.

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

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

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

##### b) Formas de pago y periodicidad.

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

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

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

##### b) Formas de pago y periodicidad.

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

- Relación nominal de pacientes beneficiados, y

*"Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente"*

· Estado del ejercicio de los recursos transferidos.

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

Formas de pago y periodicidad.

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

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

b) Forma de pago y periodicidad.

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

- Estrategia y programa de aplicación de los recursos;
  - Estado del ejercicio de los recursos transferidos;
  - Resultado del proceso de adjudicación y costos, y
  - Distribución por entidad federativa.
- Y el numeral 4.6. Prestación de servicios de las Reglas de Operación del Programa para el ejercicio fiscal 2011 publicadas en el DOF el 29 de diciembre del 2010, se encuentra el proceso para el acceso de los afiliados a los beneficios de servicios médicos en las unidades médicas

4.6.1. Organización de los servicios.

4.6.2. Acceso a los establecimientos de salud.

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

4.6.4 Servicios de laboratorio y gabinete.

4.6.5 Suministro de medicamentos.

4.6.6 Servicios de cirugía programada.

4.6.7 Servicios de urgencia.

4.6.8 Servicios de hospitalización.

4.6.9 Expediente clínico.

4.6.10. Sobre la prestación indirecta de servicios

4.6.11. Garantías en la calidad.

#### **Resultados del Programa: Realizar una evaluación de Impacto**

- El programa ha sido evaluado en el impacto del estado de salud de los niños afiliados en los siguientes rubros: 2010 “Evaluación de la morbilidad y mortalidad neonatales en recién nacidos afiliados al Sistema de Protección Social en Salud”; 2011 “Evaluación de la calidad y costos directos en el manejo de Enterocolitis Necrotizante y Taquipnea Transitoria de los Recién Nacidos afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación”
- En el 2012 se llevará a cabo la evaluación de impacto por el Hospital infantil de México Federico Gómez la cual abarcará el periodo desde la apertura del programa hasta su etapa actual.

*“Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente”*