



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

## **ANEXO 2**

# **Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios**





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

## **Coordinación**

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

Dirección de Sistemas Gerenciales

## **Participantes**

Instituto Mexicano del Seguro Social.

División de Integración Estratégica Sectorial

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Petróleos Mexicanos.

Gerencia de Servicios Médicos

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad.





## Contenido

1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. OBJETIVO DEL MANUAL .....	8
2.1. OBJETIVO GENERAL .....	8
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	8
3. MARCO JURÍDICO Y NORMATIVO.....	10
4. ALINEACIÓN ESTRATÉGICA. PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2020-2024 12	
5. ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	13
6. MARCO CONCEPTUAL.....	13
6.1. MODALIDADES DE INTERCAMBIO DE SERVICIOS .....	15
7. LINEAMIENTOS.....	19
7.1. DISPOSICIONES GENERALES .....	19
7.2. CRITERIOS MÍNIMOS DE CALIDAD, CAPACIDAD Y SEGURIDAD PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS .....	24
7.3. MECANISMOS DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL.....	29
7.3.1. A nivel federal.....	29
7.3.2. A nivel estatal.....	30
7.4. DIAGNÓSTICO NACIONAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EXCEDENTES Y FALTANTES (Dx EyF) .....	33
7.5. COSTEO Y MODIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS A INCORPORAR AL CATÁLOGO DE INTERVENCIONES, TRATAMIENTOS, SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TARIFAS PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS .....	35
7.6. INFORME ANUAL DE PACIENTES ATENDIDOS.....	36
7.7. PROCESO PARA EL INTERCAMBIO Y/O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN LA MODALIDAD PLANIFICADA.....	38



7.7.1.	De las garantías de oportunidad en la prestación de los servicios de atención médica .....	38
7.7.2.	De la derivación y contraderivación de pacientes .....	38
7.7.3.	Del equipamiento/infraestructura .....	44
7.7.4.	De la atención médica .....	45
7.7.5.	De los mecanismos de pago.....	47
7.7.6.	De las consideraciones para la formalización de convenios.....	50
7.7.7.	Del registro de los convenios específicos de coordinación .....	53
8.	GLOSARIO .....	56
8.1.	Nomenclaturas.....	56
8.2.	Conceptos.....	57
9.	ANEXOS .....	64
9.1.	Relación.....	64
9.2.	Documentos.....	66
	Anexo A. Formato de Hoja de Adhesión al ACUERDO GENERAL.....	66
	Anexo B. Modelo de convenio específico de coordinación para el intercambio y/o prestación unilateral de servicios de atención médica.....	67
	Anexo C. Formatos de derivación, contraderivación y atención médica.....	95
	Anexo D. Procedimientos y diagramas de flujo de atención .....	98
	Anexo E. Recibo de pago.....	122
	Anexo F. Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica.....	123
	Anexo G. Registro de excedentes y faltantes de servicios de atención médica.....	124
	Anexo H. Cédula Médico-Económica interinstitucional.....	125
	Anexo I. Informe Anual de Pacientes Atendidos.....	127



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



Anexo J. Garantías de oportunidad en la prestación de los servicios de atención médica.....128

Anexo K. Red interinstitucional de oferta y demanda de servicios a nivel de unidad médica.....129



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



## 1. INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y 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. De igual forma, la Ley definirá **un sistema de salud para el bienestar**, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

En ese sentido, la Ley General de Salud, señala que son materia de salubridad general tanto la atención médica, como coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II de dicha Ley. También menciona que el **Sistema Nacional de Salud** (SNS) está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones de prevención, atención y rehabilitación de la salud, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

El SNS estará a cargo de la Secretaría de Salud (SS) y los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los **acuerdos de coordinación** que celebren con la Secretaría de Salud, a la consolidación y funcionamiento del mismo.

Con propósitos de complemento y de apoyo recíproco, se delimitarán los universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de **subrogación de servicios** para garantizar la atención a la población de su responsabilidad.

La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el SNS, de los **prestadores de servicios de salud**, de los sectores público, social y privado, de sus



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

Asimismo, conforme a las prioridades del SNS, se garantizará la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, particularmente para la atención integral de la población que se encuentra en el país que no cuenta con seguridad social, considerando que para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de regionalización y de escalonamiento de los servicios para lograr progresivamente la **universalización** del acceso a servicios de salud integrales.

En ese sentido, los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los **servicios públicos que proveen otras instituciones de salud para atender a la población en general** en los términos de los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables. De igual forma, la población sin seguridad social podrá acceder a los **servicios de instituciones públicas de seguridad social destinados a derechohabientes de las mismas**, mediante convenios de cooperación y colaboración de acuerdo con la disponibilidad en dichas instituciones con base a su capacidad excedente y en términos que permitan el óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada y disponible de todas las instituciones y organismos involucrados.

Por su parte, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (REGLAMENTO) establece que, para la organización y funcionamiento de los servicios de atención médica, la SS tomando en cuenta, en su caso, la opinión de los prestadores de servicios públicos, sociales o privados, establecerá los criterios de distribución del universo de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de **universalización de cobertura**.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



Los criterios de distribución del universo de usuarios y de cobertura deberán considerar, entre otros factores, la población abierta, la población que goza de la seguridad social, la **capacidad instalada** del sector salud, así como las normas oficiales mexicanas emitidas por la SS.

En lo referente a la regionalización de servicios médicos, se tomará en cuenta el **diagnóstico de salud**, la accesibilidad geográfica, otras unidades médicas instaladas y la aceptación de los usuarios, considerando los dictámenes técnicos de los órganos correspondientes de la SS, con el fin de instalar unidades tendientes a la autosuficiencia regional, así como el desarrollo regional, estatal o municipal.

Asimismo, el artículo 74 del REGLAMENTO señala que cuando los recursos del hospital no permitan la resolución definitiva del problema se deberá **transferir al usuario** a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.

Por otra parte, la resolución CD53.R14 *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* del 53° Consejo Directivo aprobada en la 66a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS, el 03 de octubre de 2014, delimita cuatro líneas estratégicas:

1. Ampliar el **acceso equitativo a servicios de salud**, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades;
2. Fortalecer la rectoría y gobernanza;
3. Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la **eliminación del pago directo** que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y
4. Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

En ese sentido, el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, en su eje rector II relativo a Política Social, establece como línea de acción la salud para toda la población, cuyo objetivo es que todas las personas tengan acceso a las instituciones y



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



modalidades del SNS, y tengan derecho a recibir atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados, bajo criterios de **universalidad** e igualdad, en condiciones que les permitan el **acceso** progresivo, efectivo, **oportuno**, de calidad y sin discriminación.

Asimismo, el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 establece como estrategias prioritarias asegurar a la población en regiones de alta y muy alta marginación, y sin afiliación a las instituciones de seguridad social, el **acceso a servicios de salud** y medicamentos gratuitos, así como la ejecución de acciones integrales de salud que ayuden a prolongar su vida con calidad, evitar la ocurrencia de enfermedades o, en su caso, detectarlas tempranamente a través de la **participación de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud**.

Por otra parte, el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (**MAS-BIENESTAR**), establece el Intercambio de Servicios de atención médica como una de las funciones del Servicio Nacional de Salud Pública para realizar las acciones de coordinación asistencial continua y complementariedad entre los Distritos de Salud para el Bienestar, que permita mejorar la capacidad resolutive y eficiente de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Dichas Redes deberán realizar los arreglos institucionales que favorezcan el Intercambio de Servicios.

De igual forma el MAS-BIENESTAR indica que, ante toda esta conceptualización, **se debe garantizar convenios de colaboración o de intercambio de servicios entre instituciones** el cual, de conformidad con el Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica (ACUERDO GENERAL), suscrito el 03 de abril de 2020, tiene el objetivo de contribuir a proporcionar a la población, independientemente de su condición laboral, atención médica oportuna, eficiente y de calidad, a partir del óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada en cualquiera de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, respecto a un paquete específico de servicios.



En este contexto, para avanzar en la universalización de los servicios de salud es preciso que, respetando la autonomía y la división de responsabilidades para ejercer el poder de decisión de las entidades federativas y de las diferentes instituciones de salud, continúen los esfuerzos necesarios para encontrar mecanismos de unificación entre los integrantes del sector salud para cumplir con los objetivos de acceso a partir de una coordinación interinstitucional que promueva el uso eficiente de la capacidad instalada nacional. Por lo que la utilización y promoción del **ACUERDO GENERAL** se vuelve relevante en los términos que se señalan en el presente “Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios” (MANUAL).

## **2. OBJETIVO DEL MANUAL**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

Establecer los criterios operativo-administrativos para homologar los procesos entre las instituciones que permitan el intercambio y/o prestación unilateral de servicios de atención médica planificada, tanto programada, como urgente, entre los distintos prestadores de servicios en el país, con el propósito de ampliar la cobertura en salud de los usuarios y avanzar en la integración del Sistema Nacional de Salud hacia la universalización de los servicios de salud.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Definir la suscripción de convenios específicos de coordinación para el intercambio de servicios de forma local en las entidades federativas, regional, entre diversas entidades o nacional con base en los lineamientos establecidos en el Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



- b) Estandarizar los mecanismos de operación para el intercambio y/o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica planificada y de urgencias médicas entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud, para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada y una óptima operación interinstitucional en beneficio de los usuarios.
- c) Definir las intervenciones médicas objeto del intercambio de servicios que se aplicaran en los convenios de coordinación tanto en el ámbito planificado como en el de urgencia
- d) Concretar los costos de las intervenciones para establecer las tarifas de contraprestación homologadas a nivel sectorial.
- e) Definir las diferentes fuentes de financiamiento que garanticen el pago de los servicios entre las instituciones de salud a través de los convenios específicos de coordinación para el intercambio y/o prestación unilateral de servicios que suscriban.
- f) Especificar los procedimientos de atención médica, operativa y financiera, para la óptima operación del programa de intercambio de servicios.
  - a) Facilitar los mecanismos de derivación y contraderivación de pacientes, entre las unidades médicas participantes en el intercambio y/o prestación unilateral de servicios.
  - b) Contribuir a garantizar que los servicios que se otorguen, cumplan con los criterios de oportunidad, calidad y seguridad del paciente.
  - c) Puntualizar el proceso de contraprestación para la recuperación económica del gasto erogado por las instituciones proveedoras de servicios, para lo cual deberá definir la fuente de financiamiento, así como, integrar e implementar el proceso de vinculación entre el proveedor del servicio y el financiador para garantizar la contraprestación (recuperación de los recursos “pago”) objeto del intercambio entre las instituciones.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



- d) Realizar el seguimiento de la atención que, de manera interinstitucional, se efectúe a través de los convenios específicos de colaboración suscritos.
- e) Establecer instrumentos de sistematización, diseño e implementación de mecanismos de auditoría y control.
- f) Promocionar y difundir el intercambio y/o prestación unilateral de servicios de atención médica planificado y por urgencias médicas.

### **3. MARCO JURÍDICO Y NORMATIVO**

El marco normativo en el que se rigen los presentes lineamientos es el siguiente:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Resolución CD53.R14 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud del 53° Consejo Directivo aprobada en la 66a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS.
3. Ley General de Salud.
4. Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
5. Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.
6. Ley General de Responsabilidades Administrativas.
7. Ley General de Archivos.
8. Ley General de Contabilidad Gubernamental.
9. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
10. Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
11. Ley Federal de Austeridad Republicana.
12. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
13. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
14. Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
15. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



16. Ley del Seguro Social.
17. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
18. Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
19. Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
20. Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
21. Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.
22. Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
23. Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.
24. Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
25. Presupuesto de Egresos de la Federación para ejercicio fiscal correspondiente.
26. Plan Nacional de Desarrollo 2019 – 2024.
27. Programa Sectorial de Salud 2020-2024.
28. Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica.
29. Acuerdo por el que se establecen los Criterios Generales para el Desarrollo de Infraestructura en Salud.
30. Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR).
31. Lineamientos para el ejercicio presupuestal del ISSSTE.
32. NOM-034-SSA3-2013. Regulación de los Servicios de Salud. Atención Médica Prehospitalaria.
33. NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.
34. Convenio General de Colaboración para la Atención de las Emergencias Obstétricas.

#### 4. ALINEACIÓN ESTRATÉGICA. PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2020-2024

Líneas de acción	
1.1.6	Promover la <u>vinculación interinstitucional</u> para la integración y fortalecimiento del SNS.
1.2.4	Remplazar la subrogación de servicios privados, prioritariamente, con la <u>contratación de servicios interinstitucionales</u> , dentro del sector, sobre la base de un tabulador mutuamente aceptado, complementando dicha oferta de servicios con la subrogación de servicios privados cuando sea necesario.
1.3.1	<u>Impulsar bajo la conducción de la Secretaría de Salud, el proceso de integración entre todos los servicios públicos de salud</u> , brindados por las instituciones del SNS, cuyo objetivo es la atención de toda la población.
2.2.3	Elaborar un diagnóstico hospital por hospital, que permita <u>aprovechar la infraestructura de cada entidad</u> , estableciendo los niveles de complejidad para la implantación de un sistema de referencia y contrarreferencia, que evite la saturación de hospitales y la subutilización de centros de salud.
2.4.4	Establecer mecanismos de <u>seguimiento y monitoreo de convenios y acuerdos interinstitucionales e intersectoriales</u> que procuren medir el impacto para la población.
2.6.2	Incrementar la capacidad de la Secretaría de Salud para regular la transferencia en especie y plazas entre los servicios federales y estatales de salud, así como el <u>intercambio de servicios interinstitucionales</u> para incrementar la racionalidad y eficiencia del gasto.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



## **5. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

El presente Manual es de carácter obligatorio y de aplicación general para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, Organismos Públicos Descentralizados, Desconcentrados y Entidades Federativas adheridas al *Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica*, suscrito del 03 de abril de 2020 por los titulares de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y Petróleos Mexicanos.

Cualquier duda que surja en la aplicación del presente MANUAL será resuelta en forma coordinada por el Comité Nacional para el Intercambio de Servicios (COMITÉ NACIONAL) que establece la cláusula DÉCIMO SEGUNDA del ACUERDO GENERAL o por el Grupo Técnico, Médico y Financiero para el Intercambio de Servicios (GTM y FIS) atendiendo a sus respectivos ámbitos de competencia.

## **6. MARCO CONCEPTUAL**

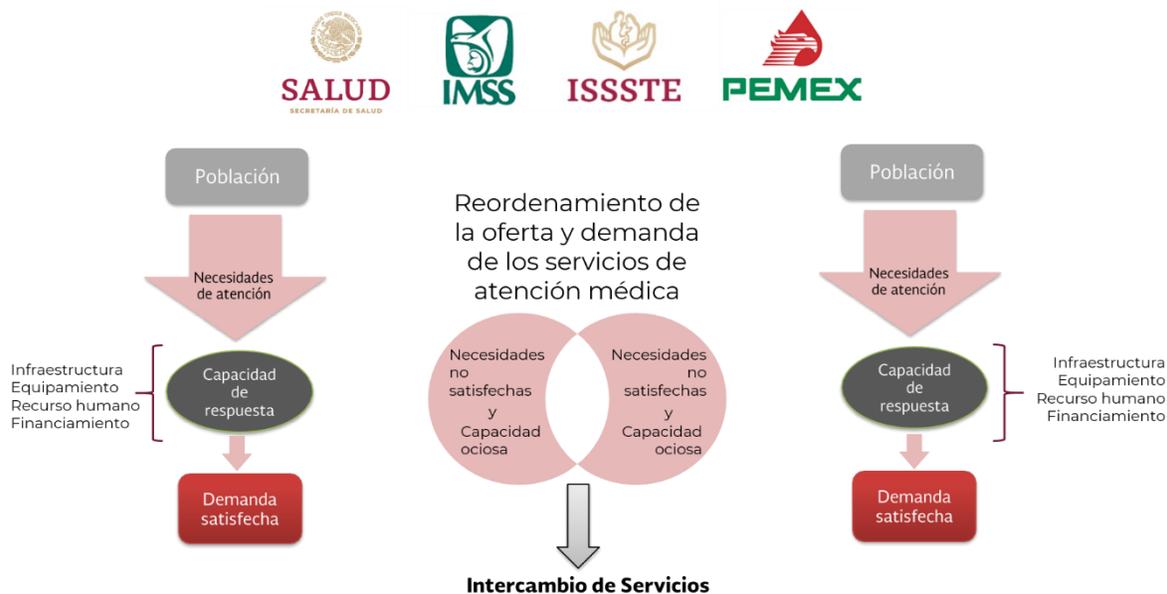
El Intercambio de Servicios (IS) se define como el programa que contribuye a proporcionar a la población, independientemente de su condición laboral, o derechohabencia a cualquier esquema de aseguramiento, atención médica oportuna, eficiente y de calidad, a partir del óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada en cualquiera de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, respecto a un paquete específico de servicios de forma planificada o por urgencias médicas que aplique para la población.

El intercambio y/o la prestación unilateral de servicios contribuye a hacer efectivo y equitativo el derecho de protección a la salud, al mejorar el acceso de la población a servicios de atención médica, estableciendo mecanismos que permiten mejorar la eficiencia y fomentar el uso adecuado de los recursos



disponibles en las unidades médicas sectoriales, como el medio para ampliar la cobertura en salud.

## Modelo de Intercambio de Servicios



Los objetivos específicos del programa de IS son:

1. Garantizar el derecho a la salud, en los términos dispuestos por la CPEUM, Ley General de Salud y demás disposiciones reglamentarias en la materia.
2. Aprovechar la capacidad instalada de las unidades médicas en los distintos niveles de atención.
3. Favorecer el acceso a servicios de salud con oportunidad.
4. Ofertar la prestación de servicios de atención médica clínica, preventiva, curativa y de rehabilitación tanto por servicio planificado como por servicios de urgencias médicas (atención médica prehospitalaria y hospitalaria de urgencias).
5. Garantizar los mecanismos de derivación y contraderivación en materia de prestación de servicios médicos, bajo la modalidad planificada como de urgencias médicas, para los casos, en donde la urgencia pueda derivarse.
6. Contribuir a reducir la fragmentación y segmentación del sector salud a través de la integración de las instituciones públicas de salud.
7. Dar un primer paso hacia la universalización de los servicios de salud.



8. Complementar la atención médica entre instituciones fortaleciendo la capacidad resolutoria en las entidades.
9. Definir garantías de plazo en la atención de un grupo de intervenciones que eviten la aparición de complicaciones.
10. Fortalecer la coordinación y vinculación intersectorial de los prestadores de servicios de salud con la Secretaría de Salud.
11. Suscribir convenios de colaboración y cooperación con las instituciones de seguridad social, personas físicas y morales de los sectores social y privado que ofrecen servicios de salud.
12. Definir nuevas alternativas de colaboración entre las instituciones públicas de salud que contribuyan a la resolución de la atención médica para optimizar la infraestructura instalada y el uso de los recursos humanos.

## 6.1. MODALIDADES DE INTERCAMBIO DE SERVICIOS

Con la finalidad de lograr un sistema de acceso y cobertura universal en salud, el intercambio de servicios puede abordarse desde 3 modalidades principales:



**1. Libre elección:** Es el eslabón más alto en la pirámide de intercambio de servicios en los sistemas de salud y se refiere al máximo nivel de integración entre



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



instituciones. El concepto medular es permitir la libre elección del prestador de servicios de salud por parte de la población, a través de la portabilidad de servicios por parte de los usuarios para su atención médica en cualquier institución de salud pública de su elección, independientemente de su condición laboral o de aseguramiento, con lo cual se alcanzaría la universalización de los servicios de salud.

La prestación de servicios médicos por libre elección a través de un sistema universal de salud, garantiza el total acceso a todos los usuarios por necesidades preventivas, clínicas diagnósticas, de tratamiento y/o rehabilitación, con garantías de oportunidad, acceso y protección financiera que favorezcan la atención médica en tiempo y forma, la reducción de tiempos de espera y el aseguramiento de la calidad de la atención, que le permita la continuidad o recuperación de su salud física y mental, así como la restauración de su motricidad o atención de su discapacidad en la institución prestadora de su elección.

Esta modalidad no opera actualmente en el sector público de salud mexicano y la idea es preparar al SNS, mediante la operación de las otras dos modalidades de intercambio de servicios, para su ejecución en un largo plazo.

**2. Urgencias:** La población está expuesta a presentar alguna urgencia médica real o sentida, la cual requiere de atención, por ello las instituciones de salud, cuentan con centros de atención de urgencias, atención médica continua, entre otros, en algunas de sus unidades médicas, así mismo la Secretaría de Salud ha permitido el desarrollo de servicios de urgencias médicas centrados en la atención in situ prestada lo más rápido posible, a través de unidades móviles o en las áreas de urgencias de las unidades médicas. Debido a la alta mortalidad extrahospitalaria de los pacientes por: trauma y shock (accidentes de tránsito), cardiopatías isquémicas (Infarto Agudo al Miocardio), complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio (procesos hipertensivos, hemorrágicos, sépticos, obstructivos, parto pretermino), donde el tiempo que transcurre entre la aparición de la primer alarma y su atención efectiva puede ser demasiado



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



largo, de manera que para incidir en el éxito del tratamiento y la recuperación de estos pacientes, se advierte la necesidad de dar respuesta inmediata posible en el lugar del suceso y durante su traslado a alguna unidad médica resolutive, siendo la atención integral por urgencias médicas y los servicios de urgencias médicas extrahospitalaria, los cuales son un eslabón que favorecen la continuidad en la atención médico-asistencial prehospitalaria.

Estos servicios de urgencias se definen como una organización funcional que realiza un conjunto de actividades secuenciales humanas y materiales coordinadas con dispositivos fijos y móviles, que se inician desde el momento en el que se detecta un paciente con urgencia médica derivado de la llamada telefónica que se realiza a los centros o servicios de urgencias locales, estatales o federales o a la asistencia que se le da al paciente en el lugar del accidente o percance que pone en riesgo su vida, lo cual requiere de una atención inmediata para su traslado al hospital para su atención integral, aquí se trata de un eslabón en la cadena de asistencia sanitaria para atender a pacientes en estado crítico y no crítico, que habitualmente requerirán de atención hospitalaria.

La prestación de servicios médicos por urgencias médicas, tienen dos ámbitos de asistencia, el hospitalario a través de los servicios de urgencias en hospitales o unidades primarias de salud en donde exista el servicio y el extrahospitalario, que puede integrar a su vez diferentes recursos y tipos de asistencia y requieren de la atención inmediata en tiempo y forma en el sitio de ocurrencia, su traslado y atención hospitalaria, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, a las unidades médicas con capacidad resolutive en urgencias médicas.

En la modalidad de atención extra hospitalaria no se requiere necesariamente de una derivación previa por parte de la institución responsable del paciente y, la institución que brinda el servicio se compromete a atender el padecimiento o problemática de salud urgente hasta la estabilización del paciente que llega a sus unidades médicas resolutive, al estar en riesgo su vida, para que



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



posteriormente, una vez estabilizado el paciente, se refiera a su Institución de afiliación.

En caso de que un paciente requiera la atención médica a una unidad de salud y ésta cuente con la infraestructura y equipamiento para brindar la atención, deberá verificar la derechohabiencia y actuar mediante los mecanismos que para pacientes derechohabientes o no, tenga establecido.

Como experiencias exitosas de la prestación de esta modalidad de intercambio de servicios en nuestro SNS, encontramos el Convenio General de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica desde el 2009 y, el Convenio Marco para la Atención de Pacientes Graves con COVID-19 en el año 2020.

**3. Servicio de atención médica planificado.** La atención o atenciones que se proporcionan a la población en los establecimientos médicos, a partir de intervenciones convenidas con base su capacidad excedente y bajo criterios de derivación previamente establecidos, independientemente de la afiliación y las condiciones laborales de derechohabiencia de la persona, se conoce como la prestación médica de servicios planificado, el cual ha operado en el SNS a través del programa de intercambio de servicios

Este modelo no implica la portabilidad de derechos por parte de los usuarios de las distintas instituciones para solicitar atención médica en cualquier unidad médica del SNS, ya que para que un paciente pueda ser atendido en una institución distinta a la suya, deberá ser derivado por su la unidad médica de su institución que lo esté atendiendo.

En esta etapa, el intercambio o prestación unilateral de servicios es por derivación y no por libre elección, en las unidades médicas y los servicios convenidos por las instituciones. Asimismo, las contra-prestaciones que resultan de la operación de los convenios es bajo el esquema de pago por servicio de todos los pacientes derivados a las distintas unidades médicas de las instituciones del Sistema Nacional de Salud que forman parte de los convenios suscritos en las Entidades Federativas.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



En resumen, el intercambio o prestación unilateral de servicios constituye el primer paso para **transitar hacia la integración del Sistema Nacional de Salud** en nuestro país. Ayuda a proporcionar, en la medida de lo posible y de forma gradual, atención médica integral y continua sin necesidad de que el paciente se traslade a grandes distancias, recibiendo la atención médica en su localidad. El Intercambio de Servicios como programa de reorganización de los servicios de atención médica, contribuye a garantizar el uso ordenado de los recursos financieros, humanos e infraestructura para hacer efectivo y equitativo el acceso a servicios de salud sin importar la afiliación o derechohabencia. Permite **complementar la atención** entre las instituciones y aprovechar el talento del personal involucrado, fortaleciendo la capacidad resolutive de las instituciones del sector salud en las entidades federativas.

## **7. LINEAMIENTOS**

### **7.1. DISPOSICIONES GENERALES**

En la cláusula Primera del ACUERDO GENERAL se establece como su ANEXO 2 el presente MANUAL, mismo que forma parte integral de dicho instrumento jurídico.

7.1.1. El MANUAL es obligatorio y tiene como objetivo sentar las bases para la elaboración, implementación y seguimiento del programa de Intercambio de Servicios, así como de los convenios específicos para el intercambio y/o prestación unilateral de servicios de atención médica que se celebren al amparo del ACUERDO GENERAL.

7.1.2. Para realizar el intercambio y/o prestación unilateral de servicios se suscribirán convenios específicos de colaboración interinstitucional dentro del marco del ACUERDO GENERAL, quienes, sin limitar, pueden ser los Servicios Estatales de Salud, las Oficinas Técnicas de Representación y Unidades Médicas de Alta Especialidad UMAE del



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



IMSS, Unidades Médicas del ISSSTE, PEMEX y cuando proceda, con Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, y cualquier otro integrante del Sistema Nacional de Salud.

7.1.3. Las Entidades Federativas y las instituciones públicas que tengan a su cargo la prestación de Servicios de Atención Médica, podrán adherirse en cualquier tiempo al ACUERDO GENERAL mediante la suscripción de la hoja de firma correspondiente (Anexo A), en el entendido que con dicha adhesión manifiestan su voluntad de sujetarse a las decisiones tomadas por el COMITÉ NACIONAL para garantizar la optimización de sus servicios e infraestructura.

Se requerirá formalizar el intercambio y/o prestación unilateral de servicios utilizando como base el modelo de convenio específico de coordinación para el intercambio de servicios en la modalidad planificada con sus anexos correspondientes (Anexo B)

7.1.4. Las instituciones elaborarán, tomando como base la demanda de atención de sus derechohabientes o población de responsabilidad, el diagnóstico para determinar sus servicios excedentes y/o faltantes. Esta información permitirá vincular la oferta y demanda entre las instituciones del sector, así como diseñar, desarrollar e implementar estrategias para llevar a cabo el intercambio o prestación unilateral de servicios. Salvo las atenciones por urgencia médica.

7.1.5. Podrán ser materia de cualquier convenio específico, las intervenciones de atención a la salud que se encuentran especificadas en el “Catálogo de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios” (CATÁLOGO), ANEXO 1 del ACUERDO GENERAL. No se excluye la posibilidad de incorporar nuevos servicios, de acuerdo con las estrategias evaluadas por las Unidades Médicas y el diagnóstico de oferta y demanda. En caso de existir intervenciones susceptibles a intercambiarse que no estén contenidas en el CATÁLOGO, éstas se



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



considerarán en un anexo adicional dentro del mismo convenio y las tarifas aplicadas serán las que de común acuerdo establezcan las instituciones firmantes. En estos casos será necesario solicitar al COMITÉ NACIONAL la incorporación de las nuevas intervenciones, a fin de que se realice la revisión, desarrollo y generación de la nueva tarifa máxima de referencia, de tal forma que vaya incrementando el número de intervenciones susceptibles a intercambiarse en el CATÁLOGO.

7.1.6. El CATÁLOGO se actualizará en enero de cada año, de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor del año inmediato anterior. Dicha actualización se hará de conocimiento a las instituciones participantes para su aprobación. Las instituciones aceptan que, en lo sucesivo, no se requerirá de la formalización de un nuevo instrumento correspondiente a dicha actualización (convenio modificadorio) si no se realizaron negociaciones a la baja en convenios previos o si no cambian las intervenciones del anexo 1 para el año de actualización. En caso de añadir nuevas o quitar intervenciones del anexo 1 de su convenio o modificar intervenciones del anexo relacionadas con las intervenciones no incluidas en el Acuerdo General y que forman parte del anexo 2 de su convenio, se procederá a realizar el convenio modificadorio correspondiente. Cuando el COMITÉ NACIONAL considere que algún servicio específico requiere de una revisión en su tarifa máxima referencial; la tarifa del servicio respectivo, se revisará y actualizará conforme lo indique el COMITÉ NACIONAL y formará parte integrante del CATÁLOGO, lo cual se aprobará en las sesiones ordinarias o extraordinarias que el COMITÉ realiza, de acuerdo a lo que considere conducente

7.1.7. El intercambio y/o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica, en su modalidad planificada, deberá de sujetarse a lo establecido en el numeral 7.7. del presente MANUAL, así como utilizar los formatos establecidos, de derivación, contraderivación y de



atención médica (Anexos C.1, C.2 y C.3) y procedimientos y diagramas de flujo de atención, (Anexos D.1, D.2, D.3, D.4 y D.5).

7.1.8. Los convenios deberán establecer de manera detallada los compromisos, obligaciones, mecanismos y garantías de pago que se asumen para el intercambio y/o prestación unilateral de servicios entre las instituciones del SNS de acuerdo a la normatividad aplicable y sujetos a la disponibilidad presupuestal correspondiente.

7.1.9. Las instituciones que celebren convenios para el intercambio y/o prestación unilateral de servicios de atención médica deberán comprometerse, de manera expresa, a establecer las acciones necesarias para que las unidades médicas a su cargo, de acuerdo a su nivel de atención y capacidad resolutive, estén en posibilidades de ofrecer los servicios médicos, de diagnóstico, terapéuticos y demás servicios requeridos, con la calidad seguridad, calidez y efectividad necesaria para el cumplimiento de los convenios. Para ello, deberán contar con la infraestructura, capacidad instalada, sistemas de información, tecnología y recursos humanos apropiados para dar atención médica integral a los padecimientos o intervenciones que conforman el catálogo de servicios objeto del intercambio y/o prestación unilateral de servicios tanto planificado como por urgencias médicas.

7.1.10. En el marco del intercambio y/o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica, las unidades prestadoras de servicios registrados en el convenio interinstitucional de coordinación, deberán cumplir con los Criterios Mínimos de Calidad, Capacidad y Seguridad del Paciente, mismos que se detallan en el numeral 7.2 del presente MANUAL.

7.1.11. La Institución demandante del servicio no tendrá responsabilidad alguna con el personal médico, paramédico, técnico, administrativo, de intendencia y demás prestadores de servicios de las unidades receptoras, destinadas para la atención de su población de derechohabencia.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



- 7.1.12. El pago de servicios se hará según lo establecido en los convenios específicos. La propuesta de formato de recibo de pago, (Anexo E), se utilizará de acuerdo a las necesidades de cada institución, éstas podrán hacer las adecuaciones que consideren de acuerdo a sus normas, dicho formato no es obligatorio para el pago de servicios. Para el pago se integrará el informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios que se describe en el (Anexo F).
- 7.1.13. Cualquier servicio prestado deberá respetar en todo momento los derechos humanos de los usuarios y ser brindado de manera segura, oportuna, con trato digno, respetuoso, profesional y eficiente; sin discriminación por motivos de edad, género, nivel socioeconómico, derechohabiencia, afiliación o padecimiento preexistente; cumpliendo con las garantías de acceso efectivo, calidad y oportunidad de la atención médica.
- 7.1.14. Cualquier abuso, error, impericia o negligencia cometida por el prestador del servicio durante el intercambio y/o prestación unilateral de servicios, una vez agotados los procedimientos emitidos por el COMITÉ LOCAL al que se refiere el numeral 7.3.2 del presente MANUAL y el COMITÉ NACIONAL, la dictaminación final será por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).
- 7.1.15. La información y actividades que se produzcan en cumplimiento del convenio de intercambio y/o prestación unilateral de servicios, serán clasificadas atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva de conformidad con la normatividad aplicable.
- 7.1.16. El programa de intercambio de servicios será coordinado por el COMITÉ NACIONAL que establece la cláusula DÉCIMO SEGUNDA del ACUERDO GENERAL y, para el desahogo de sus actividades se apoyará en el Grupo Técnico, Médico y Financiero para el Intercambio de Servicios (GTM y FIS) que se detalla en el punto 7.3.1. del presente MANUAL.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



Además, habrá un COMITÉ LOCAL en cada entidad federativa que firme un convenio específico, el cual estará conformado por un miembro de las instituciones que suscriban el convenio. El COMITÉ LOCAL será responsable de la operación y seguimiento del intercambio y/o prestación unilateral de servicios en su entidad y entre las instituciones firmantes y podrá, en cualquier momento, solicitar asesoría y/o apoyo a la Secretaría de Salud Federal y al COMITÉ NACIONAL.

La presidencia del COMITÉ LOCAL estará a cargo del representante de la Entidad a través de la Secretaría de Salud, o por la institución que se acuerde para el caso de los convenios en donde no participe la Secretaría de Salud.

El COMITÉ NACIONAL se reunirá cuando menos una vez cada tres meses y operará de acuerdo con las Reglas Internas de Operación que el propio organismo elabore y autorice.

## **7.2.CRITERIOS MÍNIMOS DE CALIDAD, CAPACIDAD Y SEGURIDAD PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS**

En cumplimiento de la cláusula DÉCIMO SEGUNDA inciso j) del Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica “Acuerdo General” suscrito el 03 de abril de 2020 entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y Petróleos Mexicanos, el COMITÉ NACIONAL hace de conocimiento, lo siguiente:

- a) Que conforme a la cláusula TERCERA inciso b) del “Acuerdo General” las instituciones del Sistema Nacional de Salud participantes deberán adoptar criterios mínimos de Calidad, Seguridad y Capacidad para la mejora de los resultados de salud de la población independientemente de su condición de seguridad social.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



- b) De conformidad con el Anexo 2, Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios, el COMITÉ NACIONAL será responsable de aprobar la adopción de los criterios mínimos de calidad, capacidad y seguridad propuestos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la Secretaría de Salud, con la participación del IMSS, del ISSSTE, PEMEX entre otras instituciones públicas participantes, conforme a la normativa vigente y comunicarlos a las instituciones adheridas a fin de contribuir a garantizar la calidad, la oportunidad y seguridad en la prestación de Servicios de Atención Médica.
- c) Los criterios han sido aprobados en lo general y en lo particular por cada una de las instituciones participantes del Sistema Nacional de Salud adheridas al ACUERDO GENERAL, los cuales se enlistan a continuación:

#### 7.2.1. Los criterios relativos a la **Calidad de la Atención:**

Deben ser aceptados por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), se debe documentar el diagnóstico, el despliegue estratégico y los indicadores de calidad, entre otros elementos. Con ello se podrá mostrar el nivel de madurez del Sistema de Gestión de Calidad de cada unidad hospitalaria.

Los elementos mínimos, son:

La **Oportunidad** con la que los servicios se otorguen al paciente y se determinará en base al tiempo (días) a partir de la referencia del paciente y hasta que se brinde su atención de acuerdo con las necesidades requeridas en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o cuidados paliativos de las personas y en estricto apego a las garantías que se establezcan de acuerdo con el inciso k) del ACUERDO GENERAL.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



Se debe garantizar la accesibilidad de los servicios de salud para toda la población, evitando discriminación, debe existir las condiciones de infraestructura para el acceso físico a todos los servicios, por lo que se debe proporcionar toda la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva.

Es importante mencionar que la satisfacción del usuario, puede ser medida a través de la equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad y confiabilidad.

Para determinar la **Efectividad** de los servicios de salud, un parámetro a considerar es la trazabilidad de la atención médica, con base en la información contenida en el Expediente Clínico físico o electrónico relativa a las intervenciones otorgadas por el personal de salud para su atención médica, quirúrgica, de rehabilitación o paliativa que reciban los pacientes.

Cada institución deberá actuar con apego a la normatividad y regulación sanitaria vigente en materia de prevención y promoción a la salud, prestación de servicios de atención médica, asistencia social y expediente clínico (Incluye consentimiento informado de acuerdo con el procedimiento que corresponda).

#### 7.2.2. Los criterios relativos a la **Seguridad** son:

Los referentes a la infraestructura física en apego a la normatividad vigente los cuales reflejan el Índice de Seguridad Hospitalaria. Para lo cual, la unidad deberá contar con la Evaluación del Programa de Hospital Seguro y su Clasificación Hospitalaria de al menos los últimos 4 años, la operación del Programa se realizará de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Comité Nacional de Evaluación y Diagnóstico del Programa Hospital Seguro.

En caso de no contar con el requerimiento anterior, deberá mostrar evidencia de contar con una autoevaluación del Índice de Seguridad



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



Hospitalaria, la integración formal de su Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres, y su Plan Hospitalario de Respuesta a Emergencias y Desastres vigentes.

Los siguientes criterios, dictámenes y evaluaciones son los requisitos mínimos necesarios para la seguridad del paciente y la **reducción de los riesgos asociados a la atención** con los que deberán contar todos los hospitales apegados al presente acuerdo.

- a) Para el caso de los establecimientos que presten servicios a la población sin seguridad social se deberá contar con **Dictamen de acreditación** de establecimientos y servicios de atención médica vigente otorgado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Para lo cual podrá consultar: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/regulacion\\_control\\_sanitario.html](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/regulacion_control_sanitario.html) o **Certificado** vigente emitido por el Consejo de Salubridad General según corresponda. Para lo cual podrá consultar: <http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/certificacion.html>. En caso de no contar con el requerimiento anterior, deberá mostrar evidencia de la implementación de **Modelos, Planes y/o Programas** de Calidad y Seguridad en la Atención que incluyan las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente y los Paquetes de Acciones para prevenir y vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
- b) Evaluaciones y capacitaciones dirigidas a todo el personal de salud en calidad de la atención médica, **cultura de seguridad del paciente, lavado e higiene de manos**, prevención y control de infecciones. Para lo cual podrá consultar: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/calidad\\_salud.html](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/calidad_salud.html)
- c) Los registros de incidentes de Seguridad del Paciente (cuasifallas, **eventos adversos y eventos centinela**), su análisis de patrones y



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



tendencias, así como las acciones preventivas y correctivas que deriven del análisis correspondiente y el seguimiento periódico por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), Para mantener estándares de calidad de la atención médica. Para el caso de los eventos centinela los reportes del Comité de Morbi-Mortalidad o del Comité de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal según corresponda.

- d) Evidencia de las sesiones y el seguimiento de acuerdos de los Comités técnico-médicos hospitalarios, tales como el Comité de Prevención y Control de Infecciones (CODECIN), el Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT), entre otros prioritarios para la operación hospitalaria.

#### 7.2.3. Los criterios relativos a la **Seguridad** son:

- a) Clave CLUES vigente y en operación
- b) El número de camas censables o no censables disponibles para otorgar la atención a los pacientes para el servicio o intervención que se intercambie en el marco del "Acuerdo General".
- c) El total de recursos humanos con las capacidades de acuerdo a su perfil y en apego a la normativa vigente, disponibles en relación al número de camas y servicios para una determinada intervención de que se trate en el marco del ACUERDO GENERAL.
- d) El total de recursos materiales, la tecnología, equipamiento, medicamentos e insumos para la salud que se requieran durante la estancia hospitalaria del paciente de acuerdo a la patología que será tratada.
- e) La Red Integrada de Servicios de Salud entre hospitales e instituciones para otorgar los servicios que se requieran para la atención integral del paciente durante toda su estancia hospitalaria de conformidad al Catálogo de Intervenciones,



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



Tratamientos, Servicios, Auxiliares de Diagnóstico definido como parte del “Acuerdo General”.

Expuesto lo anterior, el COMITÉ NACIONAL solicita a las “PARTES” la adopción y cumplimiento de la implementación de los criterios mínimos de calidad de la atención médica, seguridad y capacidad instalada conforme a la normativa vigente, a fin de garantizar la calidad, la oportunidad y seguridad en la prestación de Servicios de Atención Médica requeridos para el cumplimiento del ACUERDO GENERAL.

### **7.3. MECANISMOS DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

#### **7.3.1. A nivel federal**

La gestión interinstitucional estará a cargo de la Secretaría de Salud como coordinadora del Sistema Nacional de Salud y, a nivel federal-central se efectuará a través de dos organismos:

- a) El COMITÉ NACIONAL al que se refiere la cláusula DÉCIMA SEGUNDA del ACUERDO GENERAL, también conocido como Comité Nacional para el Intercambio de Servicios (CNIS). Sus integrantes, funciones y demás se establecerán en sus propias Reglas Internas de Operación.
- b) El Grupo Técnico, Médico y Financiero para el Intercambio de Servicios (GTMyFIS), mismo que estará conformado por un integrante de cada una de las siguientes instituciones: Secretaría de Salud (DGPLADES), CCINSHAE, IMSS, ISSSTE y PEMEX, el cual siendo el brazo operativo del CNIS tendrá las siguientes funciones enunciativas y sin limitar:
  1. Atender cualquier acuerdo y compromiso que se generen en las sesiones del CNIS.
  2. Impulsar el programa de intercambio de servicios al interior de sus respectivas instituciones.
  3. Promover acciones de intercambio de servicios con el resto de instituciones del SNS.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



4. Coordinar las acciones de seguimiento y evaluación de los compromisos adquiridos por las partes.
5. Dar seguimiento a la operación de los *Convenios Específicos de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica*.
6. Coordinar el desarrollo de los procesos de Diagnóstico Nacional de Servicios de Atención Médica Excedentes y Faltantes, el Informe Anual de Pacientes Atendidos y de Costos de Servicios de Salud.
7. Facilitar la comunicación entre los enlaces estatales del programa de Intercambio de Servicios.
8. Atender a nivel federal-central cualquier situación relativa al programa de Intercambio de Servicios, tanto en la modalidad planificada como por urgencias médicas.
9. Impulsar y establecer las modificaciones al marco jurídico que corresponda con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos de los presentes lineamientos.
10. Llevar el control de las y los pacientes atendidos, los servicios requeridos y prestados y en su caso de las y los pacientes trasladados o referidos, a fin de monitorear y dar seguimiento a cada uno de los mismos.
11. Vigilar el cumplimiento del presente MANUAL, de las disposiciones del ACUERDO GENERAL y demás normativa en la materia de intercambio de servicios.

### **7.3.2. A nivel estatal**

Para la coordinación federal-estatal se designarán Enlaces del programa de Intercambio de Servicios conforme la estructura orgánica, ya sea centralizada o descentralizada de cada institución participante.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



Dichos Enlaces en sus instituciones tendrán las siguientes funciones enunciativas y sin limitar de acuerdo al alcance que tengan en la entidad federativa:

1. Conocer y difundir las herramientas jurídicas y administrativas para la operación del intercambio de servicios.
2. Coordinar el levantamiento anual del “Diagnóstico de excedentes y faltantes de servicios de salud”
3. Recopilar la información para actualizar y/o ampliar el “Catálogo de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios”.
4. Apoyar en la gestión de la firma de la Hoja de Adhesión por el Gobernador del Estado y de las instituciones que deseen participar en el Convenio Específico de la entidad.
5. Colaborar en la elaboración de los Convenios Específicos, modificatorios y sus anexos.
6. Remitir a la Secretaría de Salud Federal los convenios específicos que se firmen en su entidad para su incorporación en el Registro Nacional.
7. Participar en el Comité Estatal para el intercambio de servicios.
8. Propiciar la participación de las instituciones de salud del estado en los convenios específicos.
9. Integrar el “Informe Anual de Pacientes Atendidos” al amparo de los convenios específicos.
10. Atender los requerimientos de información en marco del programa de intercambio de servicios que se requieran a nivel federal-central.
11. Comunicar cualquier situación operativa o jurídica relativa a la suscripción de los convenios de intercambio de servicios, así como de su operación y seguimiento al COMITÉ LOCAL o a su representante federal-central.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



Adicionalmente, conforme se señala en la cláusula SEXTA del modelo de Convenio Específico de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica (Anexo B), las instituciones deberán de conformar en un plazo no mayor a treinta días naturales a partir de la firma del Convenio Específico, un COMITÉ LOCAL responsable de la operación, cumplimiento y seguimiento del instrumento jurídico, que estará integrado por un miembro de cada una de ellas, el que podrá en cualquier momento pedir asesoría y/o apoyo a la Secretaría de Salud Federal. La presidencia de dicho COMITÉ LOCAL estará a cargo del representante de la Entidad En caso de que en el convenio no participe la Secretaría de Salud de la Entidad, la presidencia estará a cargo de la institución que los firmantes determinen.

Dicho organismo se reunirá por lo menos una vez cada seis meses y tendrá las funciones siguientes:

- a) Expedir sus Reglas Internas de Operación a más tardar en sesenta días naturales contados a partir de su conformación y actualizarlas;
- b) Impulsar la implementación de los instrumentos y mecanismos que permitan la operación al interior de los establecimientos médicos de “LAS PARTES”, de los compromisos y obligaciones derivadas de la suscripción del presente Convenio Específico.
- c) Remitir al “COMITÉ NACIONAL” un ejemplar del presente instrumento legal para su inclusión en el registro de Convenios Específicos.
- d) Verificar que se cumplan las obligaciones atribuibles a “LAS PARTES”, en los términos establecidos en los convenios que se suscriban y en el “ACUERDO GENERAL”.
- e) Promover la conformación de grupos colegiados, que permitan facilitar la implementación de instrumentos y herramientas para el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica, con la debida representación de “LAS PARTES”.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



- f) Contribuir en la actualización de los ANEXOS que formen parte integrante de los convenios suscritos.
- g) Gestionar el cumplimiento de los compromisos de “LAS PARTES”, en los plazos establecidos, principalmente para la entrega oportuna de los informes y sobre el estado de los pagos, cuando se amerite.
- h) Atender las quejas de los usuarios de los servicios, de acuerdo con los lineamientos emitidos por el “COMITÉ NACIONAL” para tal fin.
- i) Conocer de las controversias o desacuerdos relacionados con el los convenios suscritos, en términos de lo previsto en la Cláusula Décima Sexta del presente instrumento jurídico;
- j) Facilitar las actividades de acreditación de los servicios y/o evaluación de la calidad en los establecimientos médicos que presten servicios de atención médica, en los convenios suscritos, así como aquellas de supervisión en el otorgamiento de los servicios de atención médica que realicen “LAS PARTES” respetando las disposiciones y los criterios médicos en lo general y en lo específico, y
- k) Las demás que de común acuerdo determinen “LAS PARTES”, a través del propio COMITÉ LOCAL, que en ningún caso invadirán las que corresponden al “COMITÉ NACIONAL”.

#### **7.4. DIAGNÓSTICO NACIONAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EXCEDENTES Y FALTANTES (Dx EyF)**

El Dx de EyF es el punto de partida del Intercambio de Servicios y su objetivo principal es homologar, sistematizar y mantener actualizada la información de los excedentes (oferta) y faltantes (demanda) de servicios médicos que se presenten en las unidades médicas de cada entidad federativa e institución de salud, con el fin de detectar las unidades médicas de las instituciones del SNS donde se pueda establecer un intercambio de servicios. A través de esta estrategia de coordinación sectorial, se promueve el aprovechamiento, de la



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



mejor manera posible, de la capacidad instalada en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud, con lo cual se contribuye a garantizar la atención médica a toda la población.

En razón de lo anterior y en cumplimiento de la cláusula SEXTA del ACUERDO GENERAL, se ha implementado una herramienta web para la recolección de intervenciones excedentes y faltantes institucionales, con el objetivo de facilitar, agilizar y optimizar el registro de la información que permita fortalecer los procesos de planeación en salud, misma que se encuentra disponible en: [www.imsscolaboracionsectorsalud.gob.mx](http://www.imsscolaboracionsectorsalud.gob.mx)

Para la recolección de la información, previo consenso sectorial, se apertura la herramienta y se debe capturar la información dentro de un mismo periodo para las instituciones del SNS que actualmente forman parte del Acuerdo General (SS, IMSS, ISSSTE y PEMEX) y demás que se adhieran, cuyo proceso se realizará como mínimo una vez al año.

Al término del periodo habilitado, se cerrará la plataforma de la herramienta y el IMSS (institución que desarrolló la herramienta y administradora de la misma) se encargará de proporcionar a las instituciones participantes el archivo en Excel con toda la información capturada de acuerdo al formato que se señala en el **Anexo G** del presente MANUAL (Registro de excedentes y faltantes de servicios de atención médica)

La DGPLADES procederá a realizar el análisis de la información para determinar el *Potencial de Intercambio* interinstitucional por Estado, utilizando además las isócronas de tiempo y distancia.

Lo anterior, se hará del conocimiento de las entidades federativas, a través de las Secretarías de Salud de los Estado, el IMSS, el ISSSTE, PEMEX y CCINSHAE, información que coadyuvará en la promoción del programa de Intercambio de Servicios, así como en la elaboración y, en su caso, modificación de los anexos de los convenios específicos vigentes.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



## **7.5. COSTEO Y MODIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS A INCORPORAR AL CATÁLOGO DE INTERVENCIONES, TRATAMIENTOS, SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TARIFAS PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS**

El CATÁLOGO definido como el ANEXO 1 del ACUERDO GENERAL contiene la relación de los servicios de atención médica estandarizados con tarifas máximas de referencia que las instituciones adheridas reconocen para prestarse servicios entre ellas y, de conformidad con la cláusula DÉCIMA del ACUERDO GENERAL, se actualizan en enero de cada año acorde al Índice Nacional de Precios al Consumidor del año inmediato anterior.

La versión vigente y pública del ANEXO 1 se puede consultar en:

<http://www.dgplades.salud.gob.mx/>

Para agregar nuevos servicios de atención médica al ANEXO 1 existen tres formas:

- a) A través de un análisis que realice el GTMyFIS de los Anexos 2 de los Convenios Específicos vigentes, identificando las intervenciones más frecuentes en cada uno de ellos.
- b) Por medio de una solicitud directa por cualquier institución adherida al ACUERDO GENERAL dirigida al Secretario Técnico del COMITÉ NACIONAL.
- c) Los que determinen en coordinación la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad de aquellas enfermedades o intervenciones que sean un riesgo inminente a la salud de la población.

En cualquier caso, los trabajos de costeo los coordinará la Secretaría de Salud a través de la DGPLADES, quien convocará al GTMyFIS y podrá invitar a expertos, dependiendo del servicio de atención médica que se trate, para la elaboración de las Cédulas Médico-Económicas (CME) interinstitucionales conforme al **Anexo H** del presente MANUAL.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



Una vez validadas las CME y establecidas las tarifas a nivel sectorial, se presentarán en sesión ordinaria del COMITÉ NACIONAL, o en alguna sesión extraordinaria si así lo determina este organismo, para su aprobación y modificación del ANEXO 1, que de conformidad con la cláusula DÉCIMA del ACUERDO GENERAL, dicha modificación será comunicada de manera escrita a las PARTES y formará parte integral del ACUERDO GENERAL, así como de los Convenios Específicos que deriven de este, sin la necesidad de realizar algún convenio modificatorio, siempre y cuando no se hayan realizado negociaciones a la baja de precios en convenios previos o si no cambian las intervenciones del anexo 1 para el año de actualización. En caso de añadir nuevas o quitar intervenciones del anexo 1 de su convenio o modificar intervenciones del anexo, relacionadas con las intervenciones no incluidas en el Acuerdo General y que forman parte del anexo 2 de su convenio, se procederá a realizar el convenio modificatorio correspondiente.

Respecto a la metodología empleada para la estructuración de los centros de costos se realizará conforme indica el “Manual institucional y guía sectorial para la aplicación de la metodología de costos”, mismo que se puede consultar en:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/342282/Manual\\_institucional\\_y\\_gu\\_a\\_sectorial\\_para\\_la\\_aplicaci\\_n\\_de\\_la\\_metodolog\\_a\\_de\\_costos.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/342282/Manual_institucional_y_gu_a_sectorial_para_la_aplicaci_n_de_la_metodolog_a_de_costos.pdf)

## **7.6. INFORME ANUAL DE PACIENTES ATENDIDOS**

En cumplimiento de la cláusula DÉCIMO TERCERA del ACUERDO GENERAL, las instituciones del SNS adheridas al mismo y que operen *Convenios Específicos de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica*, deberán elaborar un Informe Anual de Pacientes Atendidos (IAPA) utilizando el formato establecido en el **Anexo I** del presente Manual, con la finalidad de registrar, conocer y dar seguimiento, a la información sobre los eventos de atención médica prestada entre las



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



instituciones, así como generar los documentos informativos que se requieran.

A través del IAPA se obtendrá un panorama general de los resultados a nivel nacional, sirviendo como base para dar continuidad al programa y a otras acciones de fortalecimiento de la coordinación interinstitucional necesarias para alcanzar los objetivos de salud de nuestro país. Los puntos más relevantes del IAPA son:

- a) Será indispensable el uso del IAPA para evaluar y realizar el seguimiento de la operación del programa de Intercambio de Servicios.
- b) La administración general del IAPA estará a cargo de la Secretaría de Salud.
- c) El periodo para solicitar a las partes adheridas el IAPA será consensuado por el COMITÉ NACIONAL y deberá ser dentro del primer semestre del año inmediato posterior.
- d) Cada representante federal-central de las instituciones participantes en el COMITÉ NACIONAL realizará las gestiones internas necesarias para recolectar la información a nivel nacional de sus Convenios Específicos en donde hayan atendido a pacientes de otras instituciones.
- e) Se tomará como válida la información que reporte el prestador de servicios que proporciona el servicio, independientemente que las instituciones, en su calidad de demandantes del servicio, reporten la propia atención brindada a la población de su responsabilidad.
- f) La información recabada del IAPA deberá de proporcionarse al Secretario Técnico del COMITÉ NACIONAL con la finalidad de integrar y presentar el informe sectorial para aprobación del COMITÉ NACIONAL en su sesión ordinaria correspondiente.
- g) Una vez aprobado el IAPA del año inmediato anterior, se presentará al titular de la SECRETARÍA para su superior conocimiento.



## **7.7.PROCESO PARA EL INTERCAMBIO Y/O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN LA MODALIDAD PLANIFICADA**

Los lineamientos que a continuación se describen son aplicables para el proceso de intercambio y/o prestación unilateral de servicios en su modalidad planificada y comprenden apartados referentes a las garantías de la atención, derivación y contraderivación del paciente, registro y trámites, equipamiento e infraestructura, atención médica, mecanismos de pago, y consideraciones para la formalización de convenios específicos y del registro de los mismos. Para cada uno de ellos se señalan los siguientes puntos:

### **7.7.1. De las garantías de oportunidad en la prestación de los servicios de atención médica**

7.7.1.1. Las unidades médicas que presten la atención médica de intercambio o prestación unilateral de servicios en la modalidad planificada deberán ajustarse a los tiempos establecidos en el **Anexo J**.

7.7.1.2. Preferentemente, las unidades médicas que participen en el intercambio o prestación unilateral de servicios y que presenten un diferimiento en la atención médica que exceda los tiempos de espera señalados en el **Anexo J**, derivarán a sus pacientes mediante el intercambio o prestación unilateral de servicios.

### **7.7.2. De la derivación y contraderivación de pacientes**

7.7.2.1. Las unidades médicas participantes en el intercambio o prestación unilateral de servicios, deberán apegarse a los procedimientos y formatos establecidos en este MANUAL para la Derivación-Contraderivación de los pacientes a cualquier servicio de atención médica requerida y establecida en el convenio específico.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



- 7.7.2.2. Para solicitar los servicios de atención médica y establecer los procesos de derivación y contraderivación de los pacientes, las Instituciones deberán contar con una relación del personal médico facultado para autorizar la solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios (formato de derivación y contraderivación), así como una relación del personal que se encuentra facultado para gestionar la operación del intercambio o prestación unilateral de los servicios en cada unidad médica. Dichas relaciones deberán contener los números telefónicos, correos electrónicos y horarios de atención, el cual se utilizará como archivo de trabajo y las instituciones participantes se comprometen a mantenerlo actualizado.
- 7.7.2.3. El personal facultado para gestionar la derivación del paciente a la otra institución, deberá contar con la solicitud de intercambio de servicios o de prestación unilateral de servicios del paciente autorizada por el personal facultado para ello y con el folio correspondiente, y deberá establecer comunicación vía telefónica con sus contrapartes en las unidades médicas receptoras, para efecto de conocer la disponibilidad de espacios de acuerdo al servicio requerido y programar la cita del paciente.
- 7.7.2.4. Es responsabilidad de cada unidad médica que deriva, enviar al paciente a la unidad receptora con el formato de solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios debidamente requisitado, identificando la vigencia de derechos del paciente de acuerdo a su normatividad en las instituciones en donde aplique. Asimismo, cada unidad médica, extenderá al paciente que derivará, dicha solicitud en original y copia en donde se identifique claramente la fecha de la cita, así como la hora y la especialidad solicitada, el original se entregará al prestador del servicio y la copia deberá conservarla el paciente.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



7.7.2.5. Cada institución deberá informar a los pacientes que envía y que acudirán a los servicios de la unidad receptora, que deberán ajustarse a la reglamentación interna de las mismas durante el tiempo que reciban los servicios médicos solicitados, así como el área a donde deberán presentar la solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios en la unidad receptora para que inicie su atención médica (recepción, trabajo social entre otros acordados entre las instituciones).

7.7.2.6. Para que el paciente sea recibido en la Unidad Médica receptora, deberá entregar la solicitud de intercambio de servicios o prestación unilateral que fue emitida por la unidad médica que lo envía y deberá presentar la identificación oficial y la documentación que compruebe la afiliación a la institución que pertenece, como la credencial de identificación de la unidad médica correspondiente o cartilla de salud o de citas médicas con fotografía y sello de la unidad de adscripción.

La atención médica solo se prestará al paciente que indique la solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios y nunca a una persona distinta. En caso de pacientes menores de 16 años o personas con discapacidad, será necesario ir acompañado de un representante o tutor de acuerdo a la normatividad de la institución de la unidad médica que deriva. Asimismo, se le explicará al paciente o al familiar el estado de salud y se le darán las indicaciones médicas a seguir.

El personal médico que proporcionó la atención médica correspondiente llenará el formato de contraderivación para continuar con los trámites administrativos para la solicitud del pago de los servicios a la unidad solicitante.

7.7.2.7. Será responsabilidad de la unidad médica receptora, sujetarse a las reglas generales establecidas en las Normas Oficiales Mexicanas vigentes para el expediente clínico y las que



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



apliquen a los diversos procedimientos médicos que se presten, así como la utilización de las guías de práctica clínica.

7.7.2.8. La consulta externa de especialidad se proporcionará en los consultorios de las instituciones públicas, en el horario establecido para cada institución participante del convenio.

7.7.2.9. El médico tratante o área de operaciones, según sea la organización en cada institución, recibirá por correo electrónico, cuando se cuente con esta herramienta, o personalmente el formato de intercambio o prestación unilateral de servicios (derivación y contraderivación), la parte de la contraderivación la requisitará una vez que haya tenido lugar la consulta, procedimiento o intervención, enviándolo por correo o por el medio que disponga a la unidad derivadora, remitiendo una copia a la administración de su unidad para que se realicen las gestiones correspondientes para el cobro.

7.7.2.10. Todos los servicios proporcionados a los usuarios de la institución derivadora deberán quedar asentados en los expedientes clínicos, los cuales serán resguardados por la institución que presta el servicio y deberán conservarse por el período mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico, observando en todo momento la normatividad interna con la que cuenten relativa al expediente clínico y confidencialidad.

7.7.2.11. Los prestadores de servicios de la institución proveedora otorgarán la información verbal a los familiares que así lo soliciten, de acuerdo a su reglamento interno. En caso de requerir un resumen clínico, deberá ser solicitado por escrito, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico, autoridad competente (autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas) o la institución de derivación, especificándose con claridad el motivo de la solicitud.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



- 7.7.2.12. De ser necesario el traslado del paciente, éste será responsabilidad de la unidad médica solicitante de la referencia, quien realizará la transportación a la unidad médica que proporcionará la atención requerida. Cuando los servicios otorgados finalicen, la parte que derivó al paciente será responsable del traslado de éste a su lugar de origen o a la unidad médica en la que, en su caso, continuará su tratamiento. Las instituciones participantes deberán establecer los mecanismos necesarios, para garantizar el traslado oportuno del paciente cuando éste sea dado de alta, a fin de no generar gastos adicionales a la unidad receptora. En el caso de que la unidad de salud que derivó al paciente no lo traslade oportunamente, siempre y cuando haya sido notificado con antelación, deberá cubrir el servicio adicional, conforme al tabulador que resulte aplicable de acuerdo a la normatividad que rija a la parte proveedora del servicio. En caso de que una vez concluida la atención requerida, por una causa imputable a la parte solicitante del servicio, el paciente tenga que permanecer en las instalaciones de la parte proveedora por más tiempo, los gastos que se generen por esta situación deberán ser cubiertas por la parte solicitante a la parte proveedora del servicio, conforme al tabulador que resulte aplicable de acuerdo a la normatividad que rija a la parte proveedora del servicio. Las instituciones participantes deberán establecer los mecanismos necesarios, para garantizar el traslado oportuno del paciente cuando éste sea dado de alta, a fin de no generar gastos adicionales a una unidad receptora.
- 7.7.2.13. En el supuesto que durante la prestación de los servicios se requiera la expedición de constancias o certificados de incapacidad médica, éstos, en todo momento, deberán ser expedidos por la institución que derivó al paciente, atendiendo



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



a lo dispuesto en la normatividad vigente al respecto y quedará claramente asentado en el expediente clínico que se haya integrado.

7.7.2.14. Una vez concluida la atención, la unidad prestadora enviará a la unidad que solicitó el servicio, con copia a la administración de su unidad, el resumen médico detallando todos los procedimientos efectuados, el manejo que se dio al padecimiento del paciente, así como, los diagnósticos de ingreso y egreso de la unidad.

7.7.2.15. En caso de ocurrir una complicación médica, cuyas intervenciones o servicios que se requieran utilizar para su resolución estuvieran fuera del contenido de los anexos establecidos en el convenio suscrito, la parte proveedora del servicio deberá notificar por escrito a la unidad que envió al paciente, la(s) causa(s) de dicha complicación para su aprobación, a excepción de que se encuentre en peligro la vida del paciente, una vez aceptada la resolución de la complicación por parte de la unidad solicitante, se deberán anexar al expediente del paciente, marcando una copia a la administración de su unidad para que cuando se elabore la facturación correspondiente se aplique la tarifa con base en los tabuladores de cuotas vigentes de la institución prestadora, lo cual deberá compartir con la institución solicitante para la conciliación del pago de las complicaciones entre las instituciones. En caso de que exista controversia en las tarifas aplicadas, se solicitará la resolución del pago de estos eventos al COMITÉ LOCAL, quien realizará el análisis correspondiente con base en la información que consideré pertinente, la cual podrá solicitar a las instituciones que presenten esta controversia a fin de dar una resolución sobre el pago de estas complicaciones.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



7.7.2.16. Si durante la atención del paciente, existieran intervenciones, estudios o servicios que requiriera el paciente no contemplados en los anexos de tarifas del convenio suscrito, previa autorización y consenso con la institución solicitante, se podrán brindar los mismos y el pago se realizará con base en los tabuladores de cuotas o costos vigentes de la institución proveedora.

### **7.7.3. Del equipamiento/infraestructura**

7.7.3.1. El intercambio o prestación unilateral de servicios dará inicio cuando una unidad médica participante identifique que no cuenta con la capacidad resolutive para prestar la atención al paciente que la solicita, o bien, cuando en una localidad, dicha institución no disponga de la infraestructura médica, por lo que deberá enviar al paciente previa comunicación por las vías establecidas a la unidad más cercana, dentro del grupo de unidades consideradas como resolutivas en el convenio, que oferte el servicio que solicita y haya aceptado recibir al paciente.

7.7.3.2. Las unidades médicas que provean los servicios de salud, deberán contar con el equipamiento, infraestructura, medicamentos e insumos, así como el personal profesional necesario para otorgar un servicio con la calidad requerida, de acuerdo con el nivel de complejidad del padecimiento.

7.7.3.3. Todas las instalaciones de los servicios de laboratorio e imagen, deberán contar con los permisos y autorizaciones propias de los procedimientos que realizan, y deberán sujetarse a las normas correspondientes.

7.7.3.4. Cualquier tipo de atención médica, deberá contar con los permisos y autorizaciones necesarias.

7.7.3.5. Las instituciones del SNS que suscriban Convenios Específicos de Coordinación en marco del ACUERDO GENERAL, deberán contar, como archivo de trabajo, con su RED de oferta y



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



demanda de servicios utilizando el formato establecido como **Anexo K**, para que cualquiera de las unidades médicas participantes pueda consultar a efecto de realizar los procesos de derivación y contraderivación que correspondan. Dicho archivo de trabajo y sus actualizaciones deberán remitirse en formato editable al Secretario Técnico del COMITÉ NACIONAL, el cual sirve como insumo para el resto de procesos que a nivel federal se coordinan para favorecer la implementación del programa de Intercambio de Servicios.

#### **7.7.4. De la atención médica**

7.7.4.1. La atención médica se llevará a cabo conforme a los procedimientos administrativos y operativos señalados en el **Anexo D**. El procedimiento de atención médica del paciente incluirá el llenado del formato de atención médica en los casos de hospitalización en la atención de complicaciones que requieran de intervenciones no contenidas en los anexos del convenio específico suscrito **(Anexo C.3)**.

7.7.4.2. El médico tratante de la unidad receptora será el único responsable del paciente y proporcionará los medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete necesarios para la atención del padecimiento durante la estancia del paciente en la unidad médica a donde fue referido, de acuerdo al protocolo de atención aprobado por las instituciones participantes y de conformidad con las Guías de Práctica Clínica, de existir éstas. En caso que se requieran estudios de laboratorio y/o gabinete que no estén considerados en los anexos del convenio específico, deberá informarlo por escrito a la unidad médica que envió al paciente y anexarlos al expediente, marcando una copia a la administración de su unidad, para que cuando se elabore la facturación correspondiente, se aplique la tarifa convenida por las partes. Los



insumos y medicamentos serán los autorizados en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

- 7.7.4.3. El médico tratante deberá informar al paciente y/o familiares, con un lenguaje adecuado a sus condiciones culturales y sociales, edad, estado físico y con un mínimo de términos técnicos, sobre los procedimientos médicos a los que se va a someter, así como las posibles consecuencias y/o complicaciones médicas que pudieran presentarse. El Médico tratante deberá recabar el consentimiento informado correspondiente, de acuerdo con la normatividad aplicable al interior de cada institución de salud.
- 7.7.4.4. Para la realización del procedimiento terapéutico o diagnóstico, se deberá explicar claramente al paciente las condiciones en las que debe presentarse al servicio.
- 7.7.4.5. La interpretación de los estudios de laboratorio y gabinete, deberá ser integrada al expediente clínico y, si es requerido será enviada por correo electrónico o por el medio que se disponga al médico que derivó al paciente, con copia a la administración para las gestiones que correspondan.
- 7.7.4.6. El médico tratante deberá limitarse a resolver problemas de su especialidad, salvo situaciones inesperadas durante la intervención, siempre y cuando considere que puede resolver el problema adecuadamente.
- 7.7.4.7. Los casos que pongan en peligro la vida o la función de un órgano vital, no requerirá de autorización previa, se procederán a su resolución de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, en caso de existir ésta.
- 7.7.4.8. En caso de que la cirugía requiera sangre y hemoderivados, se solicitará al paciente los donadores, los cuales deberán presentarse en la unidad médica donde se preste el servicio.
- 7.7.4.9. El médico tratante o personal responsable de la unidad proveedora, deberá informar oportunamente a las autoridades



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



de la unidad derivadora, cuando por necesidad del tratamiento se requiera que el paciente sea ingresado a una unidad de cuidados intensivos (UCI), quedando como responsables los médicos que intervengan durante la atención del paciente y durante el tiempo que consideren necesario para la estabilización del mismo.

7.7.4.10. Al egreso del paciente, el médico tratante pondrá especial atención en explicar al paciente y familiares los cuidados, medicamentos que se requieran, tiempo de tratamiento, dieta y fecha y lugar de la próxima consulta, en caso de requerirse.

7.7.4.11. En el caso de que el paciente una vez dado de alta requiera de medicamentos para terminar su tratamiento éstos serán proporcionados por la unidad médica que lo derivó o lo atendió y serán especificados en la hoja de contra-derivación, con base en los mecanismos de suministro que entre las instituciones en la entidad acuerden.

#### **7.7.5. De los mecanismos de pago.**

7.7.5.1. Previo a la emisión del CFDI, la unidad proveedora, deberá enviar para el visto bueno de la unidad solicitante, el listado de pacientes e intervenciones otorgadas (informe mensual) para la validación de la unidad solicitante las atenciones otorgadas a cobrar. Posterior a ello, una vez que sea autorizado las atenciones a cobrar, la unidad proveedora elaborará el CFDI.

7.7.5.2. Para el pago de la o las atenciones otorgadas, se deberán presentar los Comprobantes Fiscales Digitales por Internet (CFDI) debidamente requisitados, al cual se le deberá anexar el informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios (Anexo F) que integra la relación de los pacientes y servicios prestados, así como el importe de los mismos.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



7.7.5.3. Los CFDI se deberán emitir mensualmente, considerando todas las atenciones otorgadas en el mes inmediato anterior y con base en el día de corte del mes que acuerden las instituciones, considerando el procedimiento de pago siguiente:

1. Las instituciones acordarán el período de corte mensual de los servicios que se cuantificarán y presentarán en los primeros 5 días del mes subsecuente para el pago de los servicios de acuerdo a lo establecido en el convenio específico. El periodo de corte acordado cuantificará los servicios del día uno de cada mes hasta el día que se acuerde a excepción del mes de diciembre, el cual incluirá las atenciones otorgadas hasta el último día del mes, el cual será el pasivo natural de la terminación del año en cuestión.
2. La unidad prestadora de servicios, una vez brindada la atención médica, realizará el registro interno correspondiente y enviará a la unidad solicitante el informe mensual de pacientes a cobrar derivado de la atención médica otorgada en el mes anterior de acuerdo con el período de corte acordado, durante los primeros 05 días hábiles de cada mes, para la validación por dicha unidad, quien contará con un lapso de 5 días hábiles subsecuentes para validar el informe con los servicios médicos otorgados o solicitar correcciones. Una vez validado el informe, se le notificará a la unidad proveedora para que emita su factura y deberá presentar el CFDI para pago, dentro de los siguientes cinco días hábiles, posterior a la validación del informe mensual, ante la institución que derivó al paciente.
3. La institución que derivó al paciente tendrá un plazo de cinco días hábiles para revisar los CFDI y en su caso solicitar las aclaraciones y/o correcciones respectivas a la institución que brindó la atención.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



4. La institución que prestó la atención contará con un plazo máximo de tres días hábiles para realizar los ajustes y/o correcciones al CFDI correspondiente y presentarlo nuevamente a la Institución que derivó.
5. Una vez que la institución solicitante apruebe los términos del CFDI y la documentación comprobatoria respectiva, contará con un plazo improrrogable de veinte días hábiles para efectuar el pago a la institución que prestó la atención.

Los CFDI que se presenten para el pago deberán corresponder a los montos que expresamente conciernan a la prestación de los servicios médicos otorgados y registrados en el informe mensual validado por la unidad solicitante, conforme a los términos y mecanismos establecidos para tal fin y deberán ser presentados en lugar y horario que determine la Institución solicitante.

Las cantidades objeto del pago serán en moneda nacional a través del esquema electrónico interbancario que tenga en operación la institución prestadora de servicios, con cualquier institución bancaria del país, conforme a las disposiciones legales aplicables.

Para tal efecto la institución prestadora del servicio deberá presentar la solicitud de pago electrónico señalando la Clave Interbancaria Estandarizada (CLABE).

Al CFDI que expida la institución prestadora del servicio con motivo de otorgamiento de servicios de atención médica, independientemente de contener los requisitos fiscales, deberá anexarse con el informe de la relación de pacientes atendidos (Informe mensual), los servicios médicos otorgados y las fechas en que se otorgaron éstos validados por la unidad solicitante, el cual desglosa lo siguiente:



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



- a) Número de la orden de la solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios (derivación) debidamente autorizada por el personal facultado;
- b) Nombre completo del derechohabiente, afiliado o usuario y número de seguridad social y/o afiliación;
- c) Clave de servicio;
- d) Descripción del servicio;
- e) Cantidad de servicios proporcionados;
- f) Tarifa;
- g) Importes subtotales y totales.

7.7.5.4. Cuando un paciente no derechohabiente sea derivado por los servicios estatales de salud y sea atendido en cualquier establecimiento de salud del "IMSS", del "ISSSTE", de "PEMEX" o de algún otro esquema de seguridad social, al amparo del ACUERDO GENERAL, el pago por las cantidades que resulten por la prestación de los servicios, estará a cargo de los servicios estatales de salud y en caso de incumplimiento por el Gobierno de la Entidad Federativa que derive al paciente.

7.7.5.5. En caso de incumplimiento de pago por parte del "IMSS", del "ISSSTE", o de "PEMEX", las áreas centrales competentes de dichas instituciones, cubrirán el adeudo respectivo previa solicitud de la unidad de salud que atendió al paciente referido, conforme al procedimiento establecido para tal efecto en cada institución, mismo que se integran al convenio específico.

7.7.5.6. Las instituciones aplicarán los recursos obtenidos de la contraprestación de los servicios de atención médica ofertados, en las unidades médicas que brindaron los servicios, de acuerdo a la normativa interna de cada una de las partes, para mejorar la atención médica que proporcionan.

#### **7.7.6. De las consideraciones para la formalización de convenios**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



- 7.7.6.1. Las instituciones del SNS podrán suscribir *Convenios Específicos de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral* con cualquier institución del propio sistema adherida al ACUERDO GENERAL, para lo cual todas las instituciones participantes en sus Convenios deberán contar con la hoja de adhesión (**Anexo A**) al ACUERDO GENERAL firmada por el titular de la institución, dependencia o, en caso de las Secretarías de Salud Estatales y/o Servicios Estatales de Salud, por el Gobernador en la Entidad Federativa.
- 7.7.6.2. Las instituciones del SNS adheridas al ACUERDO GENERAL deberán de remitir su instrumento de adhesión (**Anexo A**) al Secretario Técnico del COMITÉ NACIONAL, para que la Secretaría de Salud como coordinadora del SNS lleve una relación, la cual estará disponible en la página oficial de la DGPLADES para consulta general: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/>
- 7.7.6.3. La Secretaría de Salud a través de la DGPLADES apoyará en la revisión técnica de los proyectos de *Convenios Específicos de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral* que las instituciones adheridas al ACUERDO GENERAL deseen formalizar para operar el programa de Intercambio de Servicios. Para lo anterior, las instituciones deberán utilizar el Modelo de Convenio Específico y sus anexos (**Anexo B y Anexos B.1, B.2, B.3, B.4, B.5 y B.6**) establecidos en consenso interinstitucional por el COMITÉ NACIONAL y enviar por correo electrónico los archivos en editable al Secretario Técnico de dicho organismo.
- 7.7.6.4. De conformidad con el *ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)*, publicado en el DOF el 25 de octubre de 2022, los convenios de intercambio de servicios entre instituciones de salud deberán suscribirse prioritariamente por el nivel de gestión macro (federal) y meso (estatal). Podrán suscribirse convenios de



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



intercambio de servicios entre unidades médicas únicamente con la aprobación del COMITÉ NACIONAL.

7.7.6.5. Con la finalidad de facilitar la Coordinación Sectorial en materia de Intercambio de Servicios, así como la transparencia de tarifas, las Secretarías de Salud y/o Servicios Estatales de Salud, haciendo uso de su facultad para coordinar los sistemas estatales de salud, deberán propiciar que se elabore y opere un solo *Convenio Específico de Coordinación* en su entidad. Para efectos de lo anterior, las Secretarías de Salud y/o Servicios Estatales de Salud deberán invitar activamente a sumarse a su Convenio a las instituciones estatales que presten servicios de atención médica y deseen intercambiarlos con el resto del sector en el Estado, evitando así que se utilicen mecanismos diferentes a lo que establece el programa de Intercambio de Servicios o, que se dupliquen esfuerzos encaminados hacia el mismo sentido de integración sectorial hacia la universalización de los servicios de salud.

7.7.6.6. Se pueden formalizar Convenios Interestatales, es decir, con la participación de una o más instituciones prestadoras de servicios de salud con ubicación geográfica en distinta Entidad Federativa, para lo cual la institución que brinde sus servicios deberá sumar a su Convenio Local vigente las necesidades de demanda de la o las demás entidades federativas a quienes pretenda proporcionar servicios y viceversa. Con lo anterior, se busca mantener un proceso ordenado de coordinación a través del Comité Local correspondiente, así como en el proceso de Informe Anual de Pacientes Atendidos.

7.7.6.7. Considerando que las tarifas del ANEXO 1 del ACUERDO GENERAL son máximas referenciales y se establecen con base a los costos en la prestación de los servicios, sin un margen de ganancia adicional, las tarifas que las instituciones públicas de



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



salud establezcan en los Anexos 2 de los *Convenios Específicos de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral* que suscriban, deberán de definirse atendiendo al mismo criterio.

#### **7.7.7. Del registro de los convenios específicos de coordinación**

El ACUERDO GENERAL establece en su cláusula tercera “COMPROMISOS” inciso “f” la obligatoriedad de las PARTES de solicitar al Secretario Técnico del COMITÉ NACIONAL el registro de los Convenios Específicos celebrados, enviando una copia totalmente legible y certificada por cualquiera de las suscriptoras de los mismos o bien un tanto original del convenio suscrito.

Con el objetivo de establecer los criterios que deben cumplir los Convenios Específicos suscritos al amparo del ACUERDO GENERAL para su formal registro, se emiten los siguientes lineamientos:

7.7.7.1. Para llevar un seguimiento de dichos Convenios y que se encuentre disponible para consulta general, se publicará el *Registro Nacional de Convenios de Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica (RNCIS)*, el cual estará disponible con cortes de información trimestrales aprobados por el COMITÉ NACIONAL en la página: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/>

7.7.7.2. Los Convenios Específicos y sus anexos debidamente formalizados, deberán ser enviados en un tanto original o en copia certificada por oficio al Secretario Técnico, considerando el modelo de oficio que se integra al presente Manual como Anexo L.

7.7.7.3. Para proceder al registro de los instrumentos jurídicos, éste deberá contar con todas las firmas de los funcionarios que en él participan, así como las rúbricas en los anexos que forman parte integral del mismo.



7.7.7.4. En el caso de no haber considerado un tanto original de los Convenios Específicos para su registro en el RNCIS, se aceptará el envío de una copia certificada de los mismos o bien, una certificación efectuada por la propia institución sugiriendo como texto el siguiente:

*“EL QUE SUSCRIBE, \_\_\_\_\_ EN MI CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL DE \_\_\_\_\_, EN USO DE LAS FACULTADES CONFERIDAS EN EL ARTÍCULO \_\_\_\_\_ FRACCIÓN \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_ REGLAMENTO INTERIOR \_\_\_\_\_ PUBLICADO EL \_\_\_\_\_.*

*-----CERTIFICO-----*

*QUE LAS PRESENTES COPIAS QUE SE EXPIDEN PREVIO COTEJO, EN XXXXX FOJAS ÚTILES, SON FIEL REPRODUCCIÓN DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN DE \_\_\_\_\_ ENTRE LAS INSTITUCIONES \_\_\_\_\_. EL DOCUMENTO ORIGINAL OBRA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE \_\_\_\_\_, EN LA DIRECCIÓN DE \_\_\_\_\_. A LOS \_\_\_\_\_ DÍAS DEL MES DE \_\_\_\_\_ DEL AÑO DOS MIL VEINTE FIRMA \_\_\_\_\_.”*

7.7.7.5. La institución que deberá solicitar el registro del Convenio Específico será la Secretaría de Salud Estatal y, en el caso que ésta no haya participado en la suscripción del instrumento jurídico, lo podrá gestionar cualquiera de las instituciones firmantes.

7.7.7.6. Se deberá adjuntar en archivos electrónicos la siguiente información en editable:

- 1) ANEXO 1. Listado de Intervenciones derivado del “Catálogo de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios”  
(formato Excel).

- 2) ANEXO 2. Listado de Intervenciones fuera del “Catálogo”  
(formato Excel).
- 3) ANEXO 3. Relación de Unidades Médicas que otorgarán la  
atención. (formato Excel).
- 4) Relación del personal facultado para derivar o  
contraderivar a los pacientes o bien el directorio de  
contactos de las unidades médicas de las instituciones  
participantes.

## **8. GLOSARIO**

### **8.1. Nomenclaturas.**

ACUERDO GENERAL: Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica.

CATÁLOGO: Catálogo de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios.

COMITÉ LOCAL: Organismo al que se refiere la cláusula SEXTA del modelo de convenio específico de coordinación para el intercambio y/o prestación unilateral de servicios de atención médica.

COMITÉ NACIONAL: Comité Nacional para el Intercambio de Servicios.

DGPLADES: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

Dx de EyF: Diagnóstico Nacional de Servicios de Atención Médica Excedentes y Faltantes.

GTM y FIS: Grupo Técnico, Médico y Financiero para el Intercambio de Servicios.

IAPA: Informe Anual de Pacientes Atendidos.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

IS: Intercambio de Servicios.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

LGS: Ley General de Salud.

MANUAL: Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios.

PEMEX: Petróleos Mexicanos.

REGLAMENTO: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



RNCIS: Registro Nacional de Convenios de Intercambio de Servicios.

SNS: Sistema Nacional de Salud

SS: Secretaría de Salud.

## **8.2. Conceptos.**

Para comprender los conceptos más importantes considerados en estos lineamientos, se entenderá por:

**Acceso efectivo:** Se refiere a la definición operativa de la cobertura universal en salud. Esto es, que un individuo que presenta una condición de enfermedad y que identifique necesidad de atención, pueda ser derivado sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad, a un servicio de salud con la capacidad resolutive necesaria, independientemente de su derechohabiencia a un régimen de seguridad social

**Acreditación:** Proceso de evaluación externa a cargo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud, a través del cual se evalúa un establecimiento de salud para determinar si cumple un conjunto de criterios de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios de atención médica.

**Atención hospitalaria:** Es el conjunto de acciones que se realizan, cuando por la naturaleza del padecimiento y a juicio del médico, es necesario el internamiento del paciente en unidades hospitalarias.

**Atención médico quirúrgica:** Es la aplicación de los conocimientos médicos a través de las técnicas quirúrgicas aceptadas por la medicina.

**Auxiliar de diagnóstico:** Son aquellos procedimientos que se realizan a los pacientes para confirmar o descartar un diagnóstico clínico o evaluar la evolución de un padecimiento.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**Calidad de la atención médica:** Es el resultado de la interacción entre los atributos de la ciencia, la tecnología y su aplicación en la práctica médica, que permite a los usuarios de los servicios de salud se les otorgue la mejor atención y con el menor riesgo, de acuerdo al cumplimiento de un mínimo de criterios de calidad y seguridad definidos con base en la normatividad aplicable.

**Capacidad instalada:** Volumen de producción de bienes o servicios que le es posible generar a una unidad productiva, en función de su infraestructura y equipamiento determinando un límite a la oferta que existe en un momento dado.

**Certificación:** Proceso por el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

**Contrato de voluntades:** Convenio o acuerdo de dos o más personas para crear, transferir, modificar o extinguir obligaciones, el cual obliga a los contratantes, no sólo al cumplimiento de lo expresamente pactado, sino también a las consecuencias que, según su naturaleza, son conforme a la buena fe, al uso o a la ley.

**Convenios específicos:** Instrumentos jurídicos mediante los cuales se establecen los compromisos y mecanismos concretos para intercambiar o prestar unilateralmente Servicios de Atención Médica, que se derivan de un Acuerdo General.

**Cuidado integral del paciente:** Conjunto de acciones coordinadas que realiza el personal para la atención de la salud, a efecto de atender con calidad a un paciente en sus tres esferas sustantivas: biológica, psicológica y social, proporcionando medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**Derechohabiente:** Usuario de los Servicios de Atención Médica, del IMSS o del ISSSTE o de alguna otra institución de seguridad social.

**Derivación:** Se refiere a los casos específicos de remitir entre profesionales de la salud, a un paciente de una institución a otra, en el marco de un acuerdo o un convenio interinstitucional de colaboración para la prestación de la atención médica.

**Contraderivación:** Es el acto de remitir al paciente que recibió la atención médica en otra institución de salud, a su unidad de adscripción y la cual remitió originalmente al paciente, en el marco de un acuerdo o un convenio interinstitucional de colaboración para la prestación de la atención médica.

**Excedente de capacidad instalada:** Se dice que una unidad médica tiene capacidad excedente, cuando, previo análisis de su oferta, demanda y capacidad resolutive, determina que parte de su infraestructura y equipamiento están ociosos o subutilizados.

**Expediente clínico:** Es el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integran dentro de todo tipo de establecimientos para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones, correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente.

**Garantía de oportunidad por evento planificado:** Se refieren al tiempo máximo de espera que podría existir para que el paciente reciba la atención médica desde el momento de la de la solicitud del médico tratante que deriva a otra institución para la realización de dicha intervención. Implica la participación coordinada de las instituciones en el que se generen alternativas para dar al paciente la posibilidad de elegir.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**Garantía de oportunidad por urgencias:** Para el caso de la atención por urgencias médicas, la atención debe ser inmediata, desde el momento en que se presenta la urgencia e implica la participación coordinada de las instituciones para dar esa atención.

**Guías de práctica clínica:** Son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención médica más apropiada, seleccionando las opiniones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o condición clínica específica.

**Intercambio de servicios y/o prestación unilateral de servicios:** Es la prestación de servicios de atención médica que se proporciona a la población en otra institución que no sea la de su derechohabencia, a partir de intervenciones convenidas con base en la capacidad excedente de cada unidad y bajo criterios de derivación previamente establecidos, independientemente de la afiliación y la condición laboral de la persona.

**Intervenciones:** Las acciones médicas tanto clínicas como quirúrgicas que se realizan directamente al paciente con fines de evolución, preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación.

**Médico tratante de la unidad médica solicitante:** Es el médico que deriva pacientes a la unidad médica de otra institución, la cual proporcionará la intervención o acto médico.

**Médico tratante de la unidad médica proveedora:** Es el médico que proporcionará la atención médica a los pacientes que le son enviados por alguna unidad solicitante de servicios.

**Oferta potencial:** Es el volumen de servicios que se pueden ofrecer con la capacidad instalada de los establecimientos de salud en las instituciones participantes.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**Oportunidad de la atención:** Se refiere a ofrecer y otorgar la atención médica en el tiempo adecuado para evitar un riesgo o mayor daño a la salud del paciente.

**Paciente:** Es la persona que requiere de la intervención médica con fines de prevención, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos.

**Parámetros de calidad:** Son los indicadores con los cuales se miden los resultados de la atención médica proporcionada.

**Parte proveedora del servicio:** Se refiere a la Institución que recibe a un paciente de otra institución y le proporciona los servicios médicos requeridos para su tratamiento.

**Parte solicitante:** Se refiere a la Institución que refiere a un paciente para que otra institución proporcione los servicios médicos requeridos para su tratamiento.

**Periodo de espera:** Tiempo que debe transcurrir para que se pueda atender un padecimiento.

**Potencial de Intercambio:** Cantidad de intervenciones susceptibles a intercambiarse entre 2 o más instituciones del sistema nacional de salud, con base a las isócronas de tiempo y distancia.

**Prestación de servicios de salud:** Es el otorgamiento de un conjunto de recursos destinados a conservar o restituir la salud de los individuos y la comunidad, mediante acciones de prevención, curación y rehabilitación.

**Prestadores de servicios de salud:** Todo aquel establecimiento, público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que suministre servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios. (Reglamento de la SSA).

**Priorización:** Clasificación del estado de urgencia de la intervención quirúrgica o procedimiento médico.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**Red de servicios de salud:** Conjunto de unidades de atención a la salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutoria, que interactúan de manera flexible por medio de diversos sistemas organizativos y de comunicación a través de los cuales deben fluir los pacientes en un proceso que asegure la continuidad de la atención.

**Servicio de atención médica:** Es la forma organizada de atención médica a los pacientes, la cual podrá ser en áreas de consulta externa, hospitalización, urgencias, quirúrgicas y de terapia intensiva, entre otras, considerando estudios de gabinete y laboratorio.

**Sistema Nacional de Salud:** Está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

**Tarifa:** Es el importe unitario pactado para una intervención o servicio específico en el convenio o contrato, expresado en cifras monetarias y con vigencia durante el plazo que se establece en el mismo documento.

**Tarifa máxima referencial:** Importe unitario pactado entre las Instituciones que se establece como tope máximo, al cual pueden intercambiar las instituciones en los Convenios Específicos. Está expresada en cifras monetarias y su vigencia es indefinida, se actualizarán en enero de cada año, de acuerdo con la variación anual del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), del año inmediato anterior, excepto cuando se considere que algún servicio específico requiere de una revisión en su costo, en cuyo caso, este se actualizará conforme a lo que indique dicha revisión.

**Tiempo de espera:** Tiempo promedio que espera un paciente a partir de que se solicita la cita hasta que recibe la atención médica.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**Tratamiento:** Conjunto de medidas y medios terapéuticos que se realiza con el objetivo de curar una enfermedad o reducir alguna de sus complicaciones.

**Unidad médica receptora:** Es aquel establecimiento de salud que ha determinado que posee los recursos e infraestructura necesaria y que cumple con los requisitos de calidad necesarios para atender a los pacientes de las instituciones participantes en el intercambio o prestación unilateral de servicios.

**Unidad médica que deriva:** Es aquél establecimiento de salud que de acuerdo a su demanda de atención médica y en función de su infraestructura y equipamiento, requiere de una unidad médica proveedora, para garantizar la continuidad y calidad de la atención médica a sus derechohabientes o usuarios.

**Urgencia médica:** Se considera urgencia médica cuando un padecimiento o accidente pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los órganos de una persona, y debido a lo anterior requiere atención médica inmediata debiendo atenderse dentro de las primeras 24 horas.

## 9. ANEXOS

### 9.1. Relación

**Anexo A.** Formato de Hoja de Adhesión al ACUERDO GENERAL.

**Anexo B.** Modelo de convenio específico de coordinación para el intercambio y/o prestación unilateral de servicios de atención médica.

Anexo B.1. Catálogo específico de intervenciones, tratamientos, servicios auxiliares de diagnóstico y tarifas para el intercambio de servicios.

Anexo B.2. Intervenciones no contenidas en el Catálogo de intervenciones, tratamientos, servicios auxiliares de diagnóstico y tarifas para el intercambio de servicios.

Anexo B.3. Relación de unidades médicas.

Anexo B.4. Procedimiento para el pago de adeudos en caso de incumplimiento del IMSS.

Anexo B.5. Procedimiento para el pago de adeudos en caso de incumplimiento del ISSSTE.

Anexo B.6. Procedimiento para el pago de adeudos en caso de incumplimiento de PEMEX.

**Anexo C.** Formatos de derivación, contraderivación y atención médica.

Anexo C.1 Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios de atención médica. **Derivación.**

Anexo C.2 Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios de atención médica. **Contraderivación.**

Anexo C.3 Formato de atención médica.

**Anexo D.** Procedimientos y diagramas de flujo de atención

Anexo D.1 Procedimiento y diagrama de flujo de atención médica para consulta externa.

Anexo D.2 Procedimiento y diagrama de flujo de atención para urgencias.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



Anexo D.3 Procedimiento y diagrama de flujo de atención para hospitalización.

Anexo D.4 Procedimiento y diagrama de flujo para auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Anexo D.5 Procedimiento y diagrama de flujo para complicaciones.

**Anexo E.** Recibo de pago.

**Anexo F.** Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica.

**Anexo G.** Registro de excedentes y faltantes de servicios de atención médica.

**Anexo H.** Cédula Médico-Económica interinstitucional.

**Anexo I.** Informe Anual de Pacientes Atendidos.

**Anexo J.** Garantías de oportunidad en la prestación de los servicios de atención médica.

**Anexo K.** Red interinstitucional de oferta y demanda de servicios a nivel de unidad médica.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



## 9.2.Documentos

### Anexo A. Formato de Hoja de Adhesión al ACUERDO GENERAL.

HOJA DE FIRMA PARA LA  
ADHESIÓN, EN TÉRMINOS DE  
LA CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA  
DEL ACUERDO GENERAL DE  
COORDINACIÓN PARA EL  
INTERCAMBIO Y/O  
PRESTACIÓN UNILATERAL DE  
SERVICIOS, DE 3 DE ABRIL DE  
2020.

\_\_\_\_\_  
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL  
DEL ESTADO DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 2020.

\* LA PRESENTE HOJA DE ADHESIÓN SERÁ REMITIDA AL COMITÉ NACIONAL A QUE SE REFIERE LA CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA DEL ACUERDO GENERAL PARA EL INTERCAMBIO Y/O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, SUSCRITO ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD, EL IMSS, EL ISSSTE Y PEMEX, EL 3 DE ABRIL DE 2020.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**Anexo B.** Modelo de convenio específico de coordinación para el intercambio y/o prestación unilateral de servicios de atención médica.

**CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO Y/O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, QUE CELEBRAN LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE \_\_\_\_\_, POR CONDUCTO DE EL \_\_\_\_\_, EN SU CARÁCTER DE SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE \_\_\_\_\_, A QUIENES EN LO SUCESIVO SE LES DENOMINARÁ CONJUNTAMENTE “LA ENTIDAD”; EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, REPRESENTADO POR EL \_\_\_\_\_, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL / REGIONAL \_\_\_\_\_, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO “EL IMSS”; EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, REPRESENTADO POR EL \_\_\_\_\_, EN SU CARÁCTER DE DELEGADO ESTATAL EN \_\_\_\_\_, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO “EL ISSSTE” Y PETRÓLEOS MEXICANOS, REPRESENTADO POR EL \_\_\_\_\_, EN SU CARÁCTER DE \_\_\_\_\_, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO “PEMEX”, A QUIENES ACTUANDO DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ COMO “LAS PARTES”, AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:**

#### **ANTECEDENTES**

I. El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, establece que el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos.

II. El 03 de abril de 2020, los titulares de **“EL IMSS”, “EL ISSSTE”**, la Secretaría de Salud Federal, en adelante **“LA SECRETARÍA”** y **“PEMEX”** suscribieron el “Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica”, en adelante **“ACUERDO GENERAL”**, con el objeto de fijar los lineamientos para el intercambio o la prestación unilateral de Servicios de Atención Médica entre las unidades médicas de **“EL IMSS”, “EL ISSSTE”, “LA SECRETARÍA”,**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



“**PEMEX**” y demás instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, una vez que se adhieran al mismo, para garantizar a la población el acceso efectivo, la calidad y oportunidad de los servicios de salud.

## DECLARACIONES

I. Declara “**LA ENTIDAD**”, por conducto de su representante, legal, que:

- I.1. Los Servicios de Salud de \_\_\_\_\_ es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, al que le compete la prestación de servicios de salud en la Entidad, en términos del artículo \_\_\_\_\_ del Decreto Administrativo emitido por el C. Gobernador Constitucional del Estado de \_\_\_\_\_, publicado en el Periódico Oficial del Estado con fecha \_\_\_\_\_.
  
- I.2. El \_\_\_\_\_, fue designado Secretario de Salud del Estado de \_\_\_\_\_, por el C. Gobernador Constitucional, \_\_\_\_\_, según consta en el nombramiento expedido de fecha \_\_\_\_\_, por lo que cuenta con atribuciones jurídicas para celebrar el presente Convenio, de conformidad con lo dispuesto en los artículos \_\_\_\_\_ de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de \_\_\_\_\_ y artículos \_\_\_\_\_ de la Ley de Salud del Estado de \_\_\_\_\_.
  
- I.3. El \_\_\_\_\_, fue designado Director General de los Servicios de Salud de \_\_\_\_\_, por el C. Gobernador Constitucional, \_\_\_\_\_, según consta en el nombramiento expedido en fecha \_\_\_\_\_, por lo que cuenta con atribuciones jurídicas para celebrar el presente Convenio, de conformidad con lo dispuesto en los términos del artículo \_\_\_\_\_ del Decreto citado en el numeral que antecede.
  
- I.4. Está inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con la clave \_\_\_\_\_



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**I.5.** Para todos los efectos relacionados con este Convenio, señala como su domicilio el ubicado en: \_\_\_\_\_.

**II.** Declara **“EL IMSS”**, por conducto de su representante legal, que:

**II.1.** Es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, en términos de lo dispuesto por los artículos 4 y 5 de la Ley del Seguro Social, y cuenta con facultades para celebrar este tipo de convenios de conformidad con lo establecido en los artículos 89, fracción IV y 251, fracciones IV y XXXII de la Ley del Seguro Social.

**II.2.** El \_\_\_\_\_ en su carácter de Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal/Regional \_\_\_\_\_, cuenta con las facultades suficientes para celebrar el presente instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido en los artículos 251-A, de la Ley del Seguro Social\_\_\_\_; 2, fracción IV inciso a), 139, 144, fracciones I y XXII y 155, fracción \_\_\_\_\_, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; acredita su personalidad mediante el testimonio de la escritura pública número \_\_\_\_\_, de fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, pasada ante la fe del licenciado \_\_\_\_\_, titular de la Notaría Pública número \_\_\_\_\_ de la Ciudad de México; el cual quedó debidamente inscrito en el Registro Público de Organismos Descentralizados el \_\_\_\_\_, bajo el folio número \_\_\_\_\_, en cumplimiento a lo ordenado en la fracción III, del artículo 25, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

**II.3.** Está inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con la clave IMS421231145.

**II.4.** Para los fines y efectos legales de este Convenio, señala como su domicilio, el ubicado en: \_\_\_\_\_.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



III. Declara **“EL ISSSTE”**, por conducto de su representante legal, que:

- III.1.** Es un Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, conforme a lo establecido en el artículo 5 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que tiene entre otras atribuciones, la de proporcionar servicios médicos e impulsar estudios programas, proyectos e investigaciones inherentes a su ámbito de competencia y cuenta con la capacidad jurídica para suscribir el presente instrumento en términos de lo establecido por los artículos 31, 207 y 208, fracción X del citado ordenamiento legal.
- III.2.** Tiene a su cargo la administración de los seguros, prestaciones y servicios establecidos en los artículos 3 y 4 de la Ley de **“EL ISSSTE”**; así como, la de sus delegaciones y demás órganos administrativos desconcentrados. Para el ejercicio de sus atribuciones, de acuerdo a lo previsto en los artículos 207 y 208, fracción X de la referida Ley, puede realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos y convenios que requiere el servicio a su cargo.
- III.3.** Cuenta con delegaciones estatales y regionales identificadas como órganos administrativos desconcentrados que tienen por objeto promover, operar y vigilar el otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios a cargo de **“EL ISSSTE”** en su demarcación, de acuerdo con las atribuciones que le confiere la Ley de **“EL ISSSTE”**, su Estatuto Orgánico, Reglamento Orgánico de las Delegaciones Estatales y Regionales y demás normativa aplicable.
- III.4.** De conformidad con el artículo 31 de la Ley de **“EL ISSSTE”**, los servicios médicos los prestará directamente o por medio de convenios que celebre con quienes presten dichos servicios, preferentemente con instituciones públicas del sector salud, en los términos que permitan el óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada de todas las instituciones y organismos; dar servicio en sus instalaciones a la población atendida por dichas instituciones y organismos, de acuerdo a su disponibilidad y capacidad resolutoria, sin perjuicio de su capacidad



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



financiera, determinando los costos de recuperación y, en general, realizar toda clase de actos jurídicos para cumplir con sus fines.

- III.5.** Su representante, el \_\_\_\_\_, en su carácter de titular de la Delegación Estatal en el Estado de \_\_\_\_\_, como lo acredita con el nombramiento que le fue otorgado mediante Acuerdo número \_\_\_\_\_ emitido por la H. Junta Directiva de **“EL ISSSTE”**, cuenta con las facultades suficientes para suscribir el presente instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido en los artículos 52, fracción XIX del Estatuto Orgánico de **“EL ISSSTE”**, 14, fracción I, del Reglamento Orgánico de las Delegaciones Estatales y Regionales de **“EL ISSSTE”**, y acredita su personalidad mediante el testimonio de la escritura pública número \_\_\_\_\_, Libro \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_, pasada ante la fe del licenciado Alberto T. Sánchez Colín, titular de la Notaría Pública número 83 del Distrito Federal; se encuentra inscrito en el Registro Público de Organismos Descentralizados, en cumplimiento a lo ordenado en la fracción III, del artículo 25, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
- III.6.** Está inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con la clave ISS6001015A3.
- III.7.** Para los fines y efectos legales de este Convenio, señala como su domicilio, el ubicado en: \_\_\_\_\_.

**IV.** Declara **“PEMEX”**, por conducto de su representante legal, que:

- IV.1.** Es una empresa productiva del Estado, de propiedad exclusiva del Gobierno Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que goza de autonomía técnica, operativa y de gestión, y tiene como fin el desarrollo de actividades empresariales, económicas, industriales y comerciales en términos de su objeto, generando valor económico y rentabilidad para el Estado Mexicano. Tiene por objeto llevar a cabo la exploración y extracción del petróleo y de los carburos de hidrógeno sólidos, líquidos o gaseosos, así como su recolección, venta y comercialización, para cuyo cumplimiento puede celebrar toda clase de actos



jurídicos, entre otros, convenios, contratos, alianzas y asociaciones, con personas físicas o morales de los sectores público, privado o social, nacional o internacional, en términos de la Ley de Petróleos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de agosto de 2014.

**IV.2.** El \_\_\_\_\_, en su carácter de Titular de la Delegación Estatal \_\_\_\_\_, cuenta con las facultades suficientes para celebrar el presente instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido en los artículos \_\_\_\_\_; acredita su personalidad mediante el testimonio de la escritura pública número \_\_\_\_\_.

**IV.3.** Está inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con la clave PME380607P35

**IV.4.** Para los fines y efectos legales de este Convenio, señala como su domicilio, el ubicado en: \_\_\_\_\_.

**V.** Declaran **“LAS PARTES”**, por conducto de sus representantes legales, que:

**V.1.** Es su voluntad colaborar institucionalmente de la forma más amplia y respetuosa para el cumplimiento y desarrollo de las actividades consideradas en el presente Convenio.

**V.2.** Mediante la suscripción del presente instrumento materializan sus esfuerzos encaminados a fomentar el intercambio y/o prestación unilateral de servicios de atención médica, para garantizar el acceso efectivo, la calidad y oportunidad en la atención de la salud, reconociendo los compromisos y responsabilidades asumidas en el **“ACUERDO GENERAL”** suscrito el 03 de abril de dos mil veinte y se sujetan para tales efectos a los acuerdos que adopte el Comité Nacional previsto en dicho instrumento jurídico, en adelante **“COMITÉ NACIONAL”**.

Expuesto lo anterior, **“LAS PARTES”** se sujetan a las siguientes:



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



## CLÁUSULAS

**PRIMERA.- OBJETO.** El presente Convenio Específico tiene por objeto implementar el intercambio y/o la prestación unilateral de Servicios de Atención Médica hacia la universalización de los servicios de salud, entre los establecimientos médicos de **“LAS PARTES”**, para garantizar el acceso a servicios de salud de la población del Estado de \_\_\_\_\_, así como determinar los compromisos para optimizar el empleo del personal y de la infraestructura médica de **“LAS PARTES”**, conforme a la disponibilidad presupuestaria asignada para tal efecto, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables y conforme a lo estipulado en la cláusula TERCERA del **“ACUERDO GENERAL”**.

Para efectos de este instrumento jurídico, **“LAS PARTES”** podrán tener indistintamente el carácter de prestador o solicitante de los servicios.

**SEGUNDA.- COMPROMISOS. “LAS PARTES”** convienen en obligarse de manera enunciativa, mas no limitativa, a lo siguiente:

1. Proporcionar los servicios de atención médica, que comprenden las intervenciones, auxiliares de diagnóstico y tratamientos que se describen en el Catálogo específico que se incorpora como **ANEXO 1** del presente Convenio, conforme a lo establecido en el *“Catálogo de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios”*, previsto en el **“ACUERDO GENERAL”**, de acuerdo al nivel de resolución y con base en la capacidad para brindar servicios excedentes, sin perjuicio de su situación financiera y sin menoscabo en la calidad y calidez del servicio que deben prestar a sus propios usuarios.
2. Proporcionar los servicios de atención médica, que comprenden las intervenciones, auxiliares de diagnóstico y tratamientos acordados y que se describen en el **ANEXO 2**, del presente Convenio, que **no forman** parte del *“Catálogo de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios”*, previsto en el **“ACUERDO GENERAL”**, una vez que se firme el Anexo Correspondiente, en su caso.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



“**LAS PARTES**” podrán en cualquier tiempo revisar a la baja las tarifas establecidas en los **ANEXOS 1 y 2**, del presente Convenio Específico, en cuyo caso suscribirán el convenio modificadorio correspondiente.

3. Observar el procedimiento de derivación y contraderivación, establecido en el “*Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios*”, previsto en el “**ACUERDO GENERAL**”.
4. Brindar los servicios a que se refieren los **ANEXOS 1 y 2**, a través de los establecimientos médicos señalados en el **ANEXO 3**, todos del presente Convenio, mismos que se sujetarán a los procesos de evaluación y supervisión aprobados por el “**COMITÉ NACIONAL**”, previsto en en la Cláusula Décima Segunda del “**ACUERDO GENERAL**”.
5. Para efectos de lo anterior, el “**COMITÉ NACIONAL**” comunicará los criterios mínimos de calidad, capacidad y seguridad, estipulados en la referida cláusula DÉCIMA SEGUNDA inciso j) del “**ACUERDO GENERAL**”, así como el mecanismo de aplicación para operar el proceso de acreditación de los servicios y/o evaluación de la calidad en la prestación de las intervenciones sujetas al intercambio de servicios o la prestación unilateral de los mismos, y los casos, en que dicho proceso aplicará para la prestación de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que se requieran.
6. Realizar el pago de las cantidades que resulten por la prestación de los servicios de atención médica objeto de este instrumento jurídico, conforme a la normativa aplicable.
7. Cumplir las garantías de oportunidad en la prestación de los servicios de atención médica contenidas en el **ANEXO 1**, del “**ACUERDO GENERAL**” y aquéllas que sean acordadas por el “**COMITÉ NACIONAL**”.
8. Comunicar la relación del personal médico autorizado de cada unidad para realizar la derivación y contraderivación
9. Realizar un informe mensual con la relación de pacientes atendidos, en el que se deberá identificar el número de intervenciones realizadas y la cantidad brindada por cada intervención al amparo del presente instrumento; las fechas en que se otorgaron; el importe de los montos sujetos a cobro conforme al formato del informe mensual contenido en el Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios. Dicho informe deberá ser entregado a la otra Parte, dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente para la conciliación de las atenciones brindadas en las unidades médicas.

10. Realizar un informe semestral en el que se deberá de identificar el número de servicios de atención médica brindados al amparo del presente instrumento; las fechas en que se otorgaron; la relación de pacientes atendidos; el importe de los pagos realizados o recibidos, el resultado de la evaluación y seguimiento de los casos, así como las quejas que se hubiesen presentado por los usuarios. Dicho informe deberá ser entregado a las otras Partes, dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al término del semestre de que se trate.
11. La Institución que presta la atención médica deberá realizar los ajustes y adecuaciones necesarias en sus sistemas de información para registrar a los pacientes derivados de otras instituciones para brindarles con oportunidad la atención médica.
12. No ceder o transferir total o parcialmente los derechos y obligaciones derivados del presente instrumento, sin el consentimiento previo y por escrito de **“LAS PARTES”**.

**TERCERA.- PRESTACIÓN DEL SERVICIO. “LAS PARTES”** deberán en primer término proporcionar la atención médica que corresponda a sus usuarios, en los establecimientos médicos propios, en atención a la disponibilidad de la unidad médica que pretendan reciba al paciente.

Solamente cuando no cuenten con la capacidad o el personal necesario para brindar el servicio, procederán a derivar al paciente a otra de las instituciones públicas de salud, de las señaladas en el **ANEXO 3** del presente Convenio.

Previo a la derivación del paciente, la Parte solicitante del servicio deberá establecer comunicación con el área de operaciones del establecimiento médico al cual derivará al paciente, a fin de conocer la disponibilidad de espacios de acuerdo con el servicio requerido, misma que se proporcionará a la brevedad posible y de acuerdo a las agendas respectivas.

En caso de que una de **“LAS PARTES”** se encuentre imposibilitada **por causas distintas a la capacidad de la unidad médica**, para otorgar alguno o todos los servicios de salud objeto de este instrumento jurídico, deberá notificarlo a las demás Partes en un plazo no mayor a 24 horas a partir de la fecha en que ocurra la causa de dicho



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



impedimento, informando el tiempo en que se corregirá ésta, a efecto de que **“LAS PARTES”** estén en posibilidad de realizar las acciones necesarias para canalizar a sus usuarios a otras instituciones, hospitales o establecimientos médicos, para que les sea otorgada la atención que requiera.

De ser necesario el traslado de paciente, éste será responsabilidad del establecimiento médico solicitante, quien realizará la transportación al establecimiento médico que proporcionará la atención requerida. Cuando los servicios otorgados finalicen, la Parte que derivó al paciente será responsable del traslado de éste a su lugar de origen o al establecimiento médico en la que, en su caso, continuará su tratamiento.

En el caso que una vez concluida la atención requerida, por una causa imputable a la Parte solicitante del servicio, el paciente tenga que permanecer en las instalaciones de la Parte proveedora del servicio, los gastos que se generen con motivo de esta situación, deberán ser cubiertos por cuenta de la Parte que lo derivó conforme al tabulador que resulte aplicable de acuerdo con la normativa que rija a la Parte proveedora del servicio.

En el supuesto de que una vez ingresado el paciente, la Parte proveedora del servicio se encuentre imposibilitada para otorgar el mismo, ésta deberá realizar las acciones necesarias para reprogramar el servicio o, en su caso, canalizar al paciente a otro establecimiento médico propio o con la que tenga acuerdo, contrato o convenio.

En caso de que se presente una complicación médica que estuviera fuera del *“Catálogo de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios”*, se aplicará lo determinado en el inciso i), de la Cláusula Octava del **“ACUERDO GENERAL”**.

**CUARTA.- FIJACIÓN DE LOS MONTOS.** Los montos a que se contrae el presente instrumento, se fijarán por la cantidad que resulte de la aplicación de las tarifas señaladas en los **ANEXOS 1 y 2**, del presente Convenio, conforme a lo estipulado en la cláusula TERCERA inciso a) y d) del **“ACUERDO GENERAL”**, mismos que serán



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



aplicados como contraprestación por el otorgamiento de atención médica a los derechohabientes y/o afiliados del solicitante de servicios.

**“LAS PARTES”** para efectos de pago aplicado como contraprestación por el otorgamiento de la atención médica a los derechohabientes y/o afiliados del solicitante de servicios, emplearán el presupuesto que les sea asignado para el ejercicio fiscal en curso y de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria, sin que se puedan comprometer recursos de ejercicios subsecuentes.

**QUINTA. FORMA Y GARANTÍA DE PAGO. “LAS PARTES”** convienen que los Comprobantes Fiscales Digitales por Internet (CFDI) se pagarán conforme al procedimiento y términos establecidos para efectos de compra, que sea aplicado en cada institución y siempre posterior a la presentación de los CFDI, debidamente requisitados.

Los CFDI se emitirán de manera mensual considerando todos los servicios prestados en el mes inmediato anterior, con base en el procedimiento de pago siguiente:

1. La unidad prestadora de servicios, una vez brindada la atención médica, realizará el registro interno correspondiente y enviará a la unidad solicitante el informe mensual de pacientes a cobrar, establecido en el Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios, derivado de la atención médica otorgada en el mes anterior, durante los primeros 05 días hábiles de cada mes, para la validación por dicha unidad,
2. La Parte Solicitante contará con un lapso de 5 días hábiles para validar el informe o solicitar correcciones. Una vez validado el informe se le notificará a la unidad proveedora para que emita su factura
3. La Parte proveedora del servicio, una vez validada la atención médica, presentará el CFDI para pago, dentro de los subsecuentes cinco días hábiles de cada mes, ante la Parte solicitante.
4. Recibido el CFDI respectivo, la Parte solicitante tendrá un plazo de cinco días hábiles para revisar el mismo y, en su caso, solicitar aclaraciones y/o correcciones respectivas a la Parte proveedora del servicio.
5. La Parte proveedora del servicio contará con un plazo máximo de tres días hábiles para realizar los ajustes y/o correcciones al CFDI correspondiente y presentarlo de nueva cuenta a la Parte solicitante.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



6. Una vez que la Parte solicitante del servicio, apruebe los términos del CFDI, así como valide los servicios médicos otorgados y la documentación comprobatoria respectiva, contará con un plazo improrrogable de veinte días hábiles para efectuar dicho pago a la Parte proveedora del servicio.

Los CFDI que se presenten para su pago deberán corresponder a los montos que expresamente conciernan a la prestación de los servicios médicos otorgados, conforme a los términos y mecanismos establecidos para tal fin y deberán ser presentados en el lugar y horario que determine la Parte solicitante del servicio.

Las cantidades objeto de pago serán en moneda nacional a través del esquema electrónico interbancario que tienen en operación **“LAS PARTES”**, con cualquier institución bancaria del país, conforme a las disposiciones legales aplicables.

Para tal efecto, la Parte proveedora del servicio deberá presentar solicitud de pago electrónico señalando número de proveedor, banco, cuenta y Clave Interbancaria Estandarizada (CLABE).

Al CFDI que expida la Parte proveedora del servicio con motivo del otorgamiento de servicios de atención médica, independientemente de contener los requisitos fiscales, deberá anexarse el informe mensual validado con la relación de pacientes atendidos, los servicios médicos otorgados y las fechas en que se otorgaron éstos, el cual desglosa lo siguiente:

- a) Número de la orden de derivación del paciente o solicitud de servicios debidamente autorizadas por personal facultado;
- b) Nombre completo del derechohabiente, afiliado o usuario, y número de seguridad social, en su caso;
- c) Clave de servicio;
- d) Descripción del servicio, y
- e) Tarifa.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



Cuando un Paciente no derechohabiente del **“EL IMSS”**, del **“EL ISSSTE”**, de **“PEMEX”** o de algún esquema de seguridad social sea atendido en cualquier establecimiento de salud del **“EL IMSS”**, del **“EL ISSSTE”**, de **“PEMEX”** o de algún esquema de seguridad social, al amparo del presente convenio, el pago por las cantidades que resulten por la prestación de los servicios, estará a cargo de la **“LA ENTIDAD”** que derive al paciente.

En caso de incumplimiento de pago por parte de **“EL IMSS”**, **“EL ISSSTE”** o **“PEMEX”**, las áreas centrales competentes de dichas instituciones, cubrirán el adeudo respectivo previa solicitud de **“LA ENTIDAD”**, conforme al procedimiento establecido para tal efecto en cada institución, mismos que se integran al presente instrumento como **ANEXOS 4 ,5 y 6**.

En caso de incumplimiento de pago de **“LA ENTIDAD”**, ésta aplicará el procedimiento de garantía de pago, mismo que se integra al presente instrumento como **ANEXO 7**.

El pago de los servicios de las intervenciones no contenidas en los anexos de los convenios específicos se realizará una vez que hayan sido aprobados y validados por la parte solicitante de los servicios. El tiempo para efectuar los pagos es el mismo que se señala en el numeral 6 del segundo párrafo de la presente cláusula

**SEXTA.- COMITÉ LOCAL DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO. “LA ENTIDAD”, “EL IMSS”, “EL ISSSTE” y “PEMEX”** conformarán en un plazo no mayor a treinta días naturales a partir de la firma del presente Convenio Específico, un Comité Local responsable de la operación, cumplimiento y seguimiento de este instrumento jurídico, que estará integrado por un miembro de cada una de ellas, el que podrá en cualquier momento pedir asesoría y/o apoyo a **“LA SECRETARÍA”**. La presidencia de dicho Comité Local estará a cargo del representante de **“LA ENTIDAD”**.

El Comité Local se reunirá por lo menos una vez cada seis meses y tendrá las funciones siguientes:

- a) Expedir sus Reglas Internas de Operación a más tardar en sesenta días naturales contados a partir de su conformación y actualizarlas;
- b) Impulsar la implementación de los instrumentos y mecanismos que permitan la operación al interior de los establecimientos médicos de **“LAS PARTES”**, de los compromisos y obligaciones derivadas de la suscripción del presente Convenio Específico;

- c) Remitir al **“COMITÉ NACIONAL”** un ejemplar del presente instrumento legal para su inclusión en el registro de Convenios Específicos;
- d) Verificar que se cumplan las obligaciones atribuibles a **“LAS PARTES”**, en los términos establecidos en el presente Convenio y el **“ACUERDO GENERAL”**;
- e) Promover la conformación de grupos colegiados, que permitan facilitar la implementación de instrumentos y herramientas para el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica, con la debida representación de **“LAS PARTES”**;
- f) Contribuir en la actualización de los **ANEXOS** que forman parte integrante del presente Convenio;
- g) Gestionar el cumplimiento de los compromisos de **“LAS PARTES”**, en los plazos establecidos, principalmente de los informes y sobre los pagos que deban enterarse;
- h) Atender las quejas de los usuarios de los servicios, de acuerdo con los lineamientos emitidos por el **“COMITÉ NACIONAL”** para tal fin;
- i) Conocer de las controversias o desacuerdos relacionados con el presente Convenio Específico, en términos de lo previsto en la Cláusula Décima Sexta del presente instrumento jurídico;
- j) Facilitar las actividades de acreditación de los servicios y/o evaluación de la calidad en los establecimientos médicos que presten servicios de atención médica, al amparo del presente instrumento, así como aquellas de supervisión del otorgamiento de los servicios de atención médica que realicen **“LAS PARTES”** respetando las disposiciones y los criterios médicos en lo general y en lo específico, y
- k) Las demás que de común acuerdo determinen **“LAS PARTES”**, a través del propio Comité Local, que en ningún caso invadirán las que corresponden al **“COMITÉ NACIONAL”**.

**SÉPTIMA.- EXPEDIENTE CLÍNICO.** **“LAS PARTES”** deberán integrar un expediente clínico de acuerdo con la normativa aplicable, por cada usuario que reciban en sus establecimientos médicos, a efecto de documentar debidamente todos y cada uno de los conceptos que se incluyan dentro de los servicios de salud que sean prestados.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



Asimismo, deberá contener los datos de derechohabencia o afiliación del paciente y estar disponible en todo momento para la Parte que recibe al paciente y la Parte solicitante de la atención médica.

La unidad de derivación tendrá la facultad de solicitar a la unidad prestadora del servicio, copia del expediente clínico y la Parte proveedora del servicio tendrá la obligación de proporcionarlo oportunamente.

**OCTAVA.- SUPERVISIÓN Y VIGILANCIA.** La Parte solicitante no podrá intervenir en el otorgamiento de los servicios de salud y se compromete a respetar las disposiciones y los criterios médicos de cada tratamiento médico otorgado por la Parte proveedora del servicio.

Los servicios de salud otorgados en términos del presente Convenio Específico, quedarán sujetos a la supervisión y vigilancia de la Parte solicitante de los servicios, por lo que la Parte proveedora de los servicios se obliga a permitir las visitas y las acciones de supervisión y vigilancia que al efecto se realicen, previa solicitud que emita por escrito con una antelación de 15 días hábiles

En los casos en que el supervisor de los servicios advierta deficiencias en el otorgamiento de las prestaciones, solicitará por escrito a la Parte proveedora del servicio la realización de las investigaciones correspondientes, para que en su oportunidad se lleven a cabo las medidas conducentes para corregirlas.

**“LAS PARTES”**, podrán realizar evaluaciones de la calidad de los servicios prestados, a fin de garantizar el cumplimiento de los criterios mínimos de calidad y seguridad con el que deben brindarse de acuerdo con la normativa aplicable.

**NOVENA.- QUEJAS DE LOS USUARIOS.** Para la atención de las quejas de los usuarios que deriven de la prestación de servicios objeto del presente Convenio Específico, **“LAS PARTES”** se sujetarán a lo estipulado en la Cláusula Décima Octava, del **“ACUERDO GENERAL”**.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**DÉCIMA.- RELACIONES LABORALES. “LAS PARTES”** expresamente convienen en que todo el personal que utilicen para cualquier actividad relacionada con el objeto del presente Convenio Específico, será única y exclusivamente contratado por cada una de ellas, y dado que la Parte proveedora del servicio deberá contar con los recursos humanos y presupuestarios propios y suficientes para cumplir con las obligaciones que se deriven de la relación laboral con su personal, la Parte proveedora del servicio será exclusivamente responsable de las obligaciones laborales que surjan de las relaciones existentes con su personal. En ningún caso y por ningún concepto podrá considerarse a ninguna de **“LAS PARTES”** como patrón sustituto o solidario del personal de la otra parte, por lo que cada una de ellas se obliga a hacerse responsable de todas la reclamaciones individuales o colectivas que por cualquier razón pudieren llegar a presentarse respecto a sus trabajadores, así como de las sanciones que, en su caso, pudieren imponer las autoridades administrativas o judiciales, del trabajo.

Cada una de **“LAS PARTES”** se obliga a sacar en paz y a salvo a la otra, frente a toda reclamación, demanda o sanción que su personal pretendiese fincar o entablar en contra de la otra parte a consecuencia de la citada relación laboral.

**DÉCIMA PRIMERA.- MANEJO DE LA INFORMACIÓN.** La información que se presente, obtenga y produzca en virtud del cumplimiento del presente instrumento, será clasificada atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidas en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás disposiciones aplicables, obligándose **“LAS PARTES”** a utilizarla exclusivamente para el cumplimiento del presente instrumento jurídico.

Queda prohibido revelar, copiar, reproducir, explotar, comercializar, alterar, duplicar, divulgar o difundir a terceros, información confidencial, sin autorización previa y por escrito del titular de ésta y de **“LAS PARTES”**.

**DÉCIMA SEGUNDA.- VIGENCIA.** El presente Convenio comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción y tendrá una vigencia indefinida.

**DÉCIMA TERCERA.- MODIFICACIONES.** Este instrumento jurídico podrá ser modificado o adicionado de común acuerdo y a petición expresa y por escrito de cualquiera de **“LAS PARTES”**, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables, para lo cual se deberá especificar el objeto de la adición o modificación que se pretenda, misma que, una vez acordada por **“LAS PARTES”**, será plasmada o adicionada en el convenio modificatorio correspondiente, la cual entrará en vigor a partir de la fecha de su firma.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



En caso fortuito o fuerza mayor para la realización del objeto previsto en este instrumento, **“LAS PARTES”** acuerdan tomar las medidas o mecanismos que permitan afrontar dichas contingencias. En todo caso, las medidas y mecanismos acordados serán formalizados mediante la suscripción del convenio modificatorio correspondiente.

**DÉCIMA CUARTA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.** El presente Convenio podrá darse por terminado de manera anticipada, mediante el simple aviso por escrito a **“LAS PARTES”**, con al menos treinta días naturales de anticipación.

Será causa de terminación anticipada del presente Convenio, el retraso en el pago por dos meses consecutivos o tres pagos en el transcurso de un mismo ejercicio fiscal, relativos a los servicios objeto del mismo, con independencia de las acciones legales que pudiesen presentarse para recuperar las cantidades correspondientes a la prestación de los servicios.

Lo anterior, en el entendido de que aun cuando el presente instrumento se dé por terminado anticipadamente, las obligaciones que subsistan a dicha fecha, incluyendo, sin limitar, pagos pendientes, servicios ya iniciados o por concluir, deberán ser cubiertas a satisfacción de **“LAS PARTES”**, en los términos del presente instrumento.

**DÉCIMA QUINTA.- NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Todas las notificaciones o cualquier comunicación que **“LAS PARTES”** deban enviarse incluyendo el cambio de domicilio, se realizará por escrito mediante correo certificado con acuse de recibo, o por cualquier otro medio que asegure su recepción, en los domicilios establecidos por **“LAS PARTES”** en el apartado de Declaraciones del presente instrumento jurídico.

**DÉCIMA SEXTA.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.** **“LAS PARTES”** están de acuerdo en que el presente instrumento es producto de la buena fe, en razón de lo cual, los conflictos que llegasen a presentarse respecto de su interpretación, cumplimiento y ejecución, serán resueltos de mutuo acuerdo en el Comité Local. Cuando no sea posible llegar a un acuerdo en el seno del Comité Local o la controversia esté relacionada con aspectos cuya definición corresponda al **“COMITÉ NACIONAL”** a que



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



se refiere la Cláusula Décima Segunda, del **“ACUERDO GENERAL”**, **“LAS PARTES”** se sujetarán al procedimiento de solución de controversias estipulado en la Cláusula Décima Séptima, de dicho **“ACUERDO GENERAL”**.

En caso de subsistir la controversia o desacuerdo, éstas aceptan someterse expresamente a la competencia de los Tribunales Federales con domicilio en Ciudad de\_\_\_\_\_ en el Estado de\_\_\_\_\_, renunciando a cualquier tipo de competencia que por razón de su domicilio presente o futuro pudiera corresponderles.

Leído que fue el presente Convenio y enteradas **“LAS PARTES”** de su contenido, alcance y fuerza legal, lo firman en quintuplicado en la Ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**CONTINÚAN EN LAS SIGUIENTES HOJAS LAS FIRMAS DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO Y/O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, QUE CELEBRAN “LA ENTIDAD”, “EL IMSS”, “EL ISSSTE” Y “PEMEX” EN EL ESTADO DE \_\_\_\_\_.**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**POR “LA ENTIDAD”**

\_\_\_\_\_  
**SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE \_\_\_\_\_**

**CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO Y/O  
PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, QUE CELEBRAN  
“LA ENTIDAD”, “EL IMSS”, “EL ISSSTE” Y “PEMEX” EN EL ESTADO DE \_\_\_\_\_ EL  
DÍA \_\_ DE \_\_\_\_\_ DE DOS MIL VEINTE**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**POR "EL IMSS"**

\_\_\_\_\_

**TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
ESTATAL/REGIONAL \_\_\_\_\_**

**CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO Y/O  
PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, QUE CELEBRAN  
"LA ENTIDAD", "EL IMSS", "EL ISSSTE" Y "PEMEX" EN EL ESTADO DE \_\_\_\_\_ EL  
DÍA \_\_ DE \_\_\_\_\_ DE DOS MIL VEINTE**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**POR “EL ISSSTE”**

\_\_\_\_\_

**DELEGADO ESTATAL EN \_\_\_\_\_**

**CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO Y/O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, QUE CELEBRAN “LA ENTIDAD”, “EL IMSS”, “EL ISSSTE” Y “PEMEX” EN EL ESTADO DE \_\_\_\_\_ EL DÍA \_\_ DE \_\_\_\_\_ DE DOS MIL VEINTE**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**POR “PEMEX”**

\_\_\_\_\_

**DELEGADO ESTATAL EN \_\_\_\_\_**

**CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO Y/O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, QUE CELEBRAN “LA ENTIDAD”, “EL IMSS”, “EL ISSSTE” Y “PEMEX” EN EL ESTADO DE \_\_\_\_\_ EL DÍA \_\_ DE \_\_\_\_\_ DE DOS MIL VEINTE**







**Anexo B.3.** Relación de unidades médicas.

									
ANEXO 3. RELACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS POR INSTITUCIÓN QUE PARTICIPAN EN EL ESTADO DE _____									
No.	CLUES	Institución	Nombre de la Unidad	Municipio	Localidad	Tipología		Oferta (señalar con X)	Demanda (señalar con X)
						Nombre	Clave		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**Anexo B.4.** Procedimiento para el pago de adeudos en caso de incumplimiento del IMSS.

#### ANEXO 4



### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

#### PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE ADEUDOS EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE SUS ÓRGANOS DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA

En caso de incumplimiento de la obligación de pago dentro de los plazos establecidos en la Cláusula QUINTA del Convenio Específico por parte del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS que haya recibido el servicio por alguna de las Instituciones de Salud que se encuentran dentro del presente Convenio, a efecto de dar certidumbre al cumplimiento de dicha obligación:

- I. La Institución de Salud que corresponda, podrá realizar mediante oficio al Titular de la Dirección de Finanzas un requerimiento oficial de cobro, durante los 10 días naturales posteriores al vencimiento del plazo establecido de pago.
- II. El requerimiento oficial de cobro, deberá acompañarse de copia de los documentos que soporten el servicio prestado al Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada, así como copia del documento expedido en el mismo por el área de trámite de erogaciones (contra recibo).
- III. El Instituto dispondrá de 10 días naturales posteriores a la recepción del requerimiento oficial de cobro, para efectuar el pago.
- IV. El requerimiento de pago deberá presentarse en las oficinas de la División de Trámite de Erogaciones ubicadas en Calle Gobernador Tiburcio Montiel número 15, planta baja, Colonia San Miguel Chapultepec, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C. P. 11850 en horario de 9 a 14 horas de lunes a viernes.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**Anexo B.5.** Procedimiento para el pago de adeudos en caso de incumplimiento del ISSSTE.



**ANEXO 5**



**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**GUIA PARA EL PAGO DE ADEUDOS EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE SUS  
DELEGACIONES**

En caso de incumplimiento de la obligación de pago dentro de los plazos establecidos en la Cláusula QUINTA del Convenio Específico por parte de la Delegación del ISSSTE que haya recibido el servicio por alguna de las Instituciones de Salud que se encuentran dentro del presente Convenio, a efecto de dar certidumbre al cumplimiento de dicha obligación:

- I. La Institución de Salud que corresponda, podrá realizar un requerimiento oficial de cobro, mediante oficio dirigido a los Titulares de la Dirección de Administración y la Dirección de Finanzas, durante los 20 días hábiles posteriores al vencimiento del plazo establecido de pago.
- II. El requerimiento oficial de cobro, deberá acompañarse de copia de los documentos que soporten el servicio prestado en la Delegación; así como el acuse de la solicitud de pago realizada a la Subdelegación de Administración.
- III. El Instituto dispondrá de 20 días hábiles posteriores a la recepción del requerimiento oficial de cobro, para efectuar el pago.
- IV. El requerimiento de pago deberá presentarse en las oficinas de la Subdirección de Programación y Presupuesto ubicadas en Avenida Patriotismo número 671, primer piso, Colonia San Juan Mixcoac, Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de México, C. P. 11850 en horario de 10 a 14 horas de lunes a viernes.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**Anexo B.6.** Procedimiento para el pago de adeudos en caso de incumplimiento de PEMEX.



**ANEXO 6**  
**Petróleos Mexicanos**

**Procedimiento para el pago de adeudos en caso de incumplimiento las Unidades Médicas**

En caso de incumplimiento de la obligación pago dentro de los plazos establecidos en la Cláusula QUINTA del Convenio Específico por parte de las Unidades Médicas de PEMEX que haya recibido el servicio por alguna de las Instituciones de Salud que se encuentran dentro del presente Convenio, a efecto de dar certidumbre al cumplimiento de dicha obligación:

- I. La Institución de Salud que corresponda, podrá realizar un requerimiento oficial de cobro, mediante oficio dirigido al Titular la Gerencia de Administración de los servicios de Salud, durante los 20 (veinte) días hábiles posteriores al vencimiento del plazo establecido de pago.
- II. El requerimiento oficial de cobro, deberá acompañarse de copia de los documentos que soporten el servicio prestado; así como el acuse de la solicitud de pago realizada a Subdirección de Administración de la Unidad Médica de Petróleos Mexicanos.
- III. Petróleos Mexicanos dispondrá de 20 (veinte) días hábiles posteriores a la recepción del requerimiento oficial de cobro, para efectuar el pago por conducto de la Unidad Médica que haya recibido el servicio.
- IV. El requerimiento de pago deberá presentarse en las oficinas de la Gerencia de Administración de los Servicios de Salud Ubicadas en el Edificio José Colomo Corral, 5° piso Avenida Marina Nacional, Colonia Anáhuac, Alcaldía Miguel hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11311, en horario de 7:00 a 17 horas de lunes a viernes.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**Anexo C.** Formatos de derivación, contradervación y atención médica.

**Anexo C.1.** Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios de atención médica. **Derivación.**

Solicitud de Intercambio o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica								C1-IS-D		
*(ponga una "X" en el recuadro de la opción correspondiente)										
<b>Derivación</b>										
<b>Datos de la unidad que deriva</b>										
Institución que deriva:	<input type="checkbox"/> imss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ISSSTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unidad médica que deriva:										
Servicio que deriva:										
<b>Tipo de solicitud:</b>	<input type="checkbox"/> Programada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Urgente	<input type="checkbox"/>	<b>No. Afiliación o Póliza</b>					
<b>Fecha de solicitud</b>	<b>No. de solicitud y/o folio</b>									
Día ___/Mes ___/Año ___										
<b>Identificación del Paciente</b>										
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre (s)			Edad	*Mujer	*Hombre		
C.U.R.P.:										
Diagnóstico (s) de envío:										
<b>Resumen Clínico</b>										
(Principales datos del interrogatorio, exploración física, auxiliares de diagnóstico, tratamiento, terapéutica previa)										
<b>Intervención solicitada (Intervenciones del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios). Anexo 1</b>					<b>Intervenciones solicitada Fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 2</b>					
<b>Datos de la unidad receptora</b>										
Institución que recibe:	<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ISSSTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unidad médica que recibe:										
Servicio que recibe										
<b>Vía de entrada:</b>	<input type="checkbox"/> Consulta externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Auxiliares de diagnóstico y tratamiento			<input type="checkbox"/> Urgencias				
			Estudios Básicos,		Estudios Especializados					
Nombre y firma del médico solicitante					<input type="text"/>	Nombre y firma del directivo que autoriza				
Vigencia de Derechos (Para la institución que aplique)										



**Anexo C.2. Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios de atención médica. Contraderivación.**

Solicitud de Intercambio o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica						
Contraderivación <span style="float: right;">C2-IS-C</span>						
Identificación del Paciente						
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Edad	*Mujer	*Hombre	
C.U.R.P.:						
No. de solicitud y/o folio			No. Afiliación o Póliza			
Vía de entrada:	Consulta externa	Hospitalización	Auxiliares de diagnóstico y tratamiento			Urgencias
			Estudios Básicos, Laboratorio y Rayos X		Estudios Especializados	
Resumen de la atención proporcionada (Debe ser llenado por el Instituto (Unidad) y especialidad que recibió)						
Fecha de atención o de Ingreso	Día ___ /Mes ___ /Año ___		Fecha de termino de atención o Egreso:	Día ___ /Mes ___ /Año ___		
Institución que recibió:					Total de días atendidos	No. Estudios realizados
Unidad médica que recibió:						
Servicio que recibió:						
Diagnóstico (s) de atención o egreso :			Diagnóstico de egreso por complicaciones			
Resumen clínico						
(Principales datos del interrogatorio, exploración física, auxiliares de diagnóstico, tratamiento, terapéutica previa)						
Se registró queja del proceso de atención		Sí	No			
Intervenciones o estudios realizados (Listado de intervenciones u otros acordados en el convenio específico)						
Intervención solicitada (Intervenciones del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios: Anexo 1)	Cantidad	Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 2 *		Cantidad		
Nombre y firma del médico tratante		Sello de la Unidad	Nombre y firma del directivo que autoriza			



### Anexo C.3. Formato de atención médica.

<b>Formato de Atención Médica</b> <small>Debe ser llenado por la unidad y el servicio que recibe (por parte del médico o administrativo)</small>						C3-IS-AM
<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>						
<b>No. Afiliación o Póliza</b>						
<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombre (s)</b>		<b>Edad</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>
<b>Datos de la unidad que deriva</b>						
<b>Unidad médica que deriva:</b>				<b>Institución:</b>		
<b>Servicio que deriva:</b>				<b>Área de atención</b>		
<b>Datos de la unidad receptora</b>						
<b>Unidad médica que recibió:</b>				<b>Institución:</b>		
<b>Servicio que recibió:</b>				<b>Área de atención:</b>		
<b>Fecha de Atención o Ingreso</b> Día ____ /Mes ____ /Año ____						
<b>Vía de entrada:</b>	<b>Consulta externa</b>	<b>Hospitalización</b>	<b>Auxiliares de diagnóstico y tratamiento</b>			<b>Urgencias</b>
			Estudios Básicos, Laboratorio y Rayos X	Estudios Especializados		
<b>Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 1</b>				<b>Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios.</b>		
<b>EL LLENADO DE LA SIGUIENTE SECCIÓN SE REALIZA CON FINES DE CALIDAD Y NO COMO BASE PARA EL PAGO</b>						
<b>Servicios y/o Procedimiento para atención hospitalaria o internamiento</b>		<b>Describe el servicio</b>				<b>Cantidad</b> <small>(señale la unidad de medida, Número, horas o días)</small>
Consulta	Servicio o especialidad					
Urgencias/Admisión continua	Hora observación					
Hospitalización	Total de días					
Intervenciones quirúrgicas	Hora quirófano					
	Hora recuperación					
	Nombre de intervención quirúrgica					
Anestesia	Tipo					
Terapia intensiva	Total de días					
Unidad de cuidados intensivos neonatales	Total de días					
<b>Auxiliares de Diagnóstico requeridos</b>						<b>Cantidad</b> <small>(Especifique total)</small>
<b>Estudios de laboratorio (Especifique cuáles)</b>						
<b>Estudios de radiología (Especifique cuáles)</b>						
<b>Estudios de imagenología (Especifique cuáles)</b>						
<b>Otros estudios (Especifique cuáles)</b>						
<b>Resumen clínico</b> <small>(Principales datos del interrogatorio, exploración física, auxiliares de diagnóstico, tratamiento, terapéutica previa)</small>						
<b>Complicación (es) durante la atención ( Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios) Anexo 1</b>				<b>Otras complicaciones Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 2 *</b> <small>(Especifique cuáles)</small>		
<b>EGRESO</b>						
<b>Fecha de Atención o Egreso:</b>		Día ____ /Mes ____ /Año ____		<b>Diagnóstico de complicación (es) al egreso: (Especifique cuáles)</b>		
<b>Diagnóstico de egreso</b>	<b>Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 1</b>	<b>Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 2 *</b>	<b>*Con responsabilidad:</b>		<b>*Sin responsabilidad:</b>	
			Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 1	Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 2 *	Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 1	Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 2 *
<b>Sello de la Unidad</b>						<b>No. de la solicitud y/o folio:</b> <small>(mismo número de la solicitud de derivación)</small>
Nombre y firma del médico tratante						

**Anexo D. Procedimientos y diagramas de flujo de atención**
**Anexo D.1. Procedimiento de Atención Médica para Consulta Externa**

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
1	Administrativo	Notificación del convenio firmado	Titular de las Jefaturas de Servicios Médicos (JSM) o Director de la Unidad.	Informa a la (s) unidad (es) la formalización del convenio.	Convenio Específico	Director de la Unidad Jefe del Servicio Médico
2	Médico	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios	Unidad Médica Solicitante	Valora al paciente y determina la necesidad de derivarlo a otra unidad médica. Requisita la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, Solicita la autorización del Directo facultado para ello.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios	Directivo de la unidad médica solicitante, Médico tratante de la unidad médica solicitante
3	Administrativo	Programación de la atención	Unidad Médica Solicitante y proveedora	Contacta vía telefónica o por el medio acordado para solicitar la cita en la Consulta Externa de la Especialidad, para el paciente. Registra fecha y hora de la cita otorgada, en la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. Requisita en la agenda de citas de especialidad.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios Agenda de citas de la unidad proveedora.	Trabajo Social, Asistente Médica o Personal Administrativo de la unidad solicitante y proveedora.

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
4	Administrativo	Recepción de paciente	Consulta externa	El paciente derivado acude a la unidad médica (SS, ISSSTE, IMSS) y presenta Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios y la entrega en recepción. Elabora o solicita la realización del expediente clínico	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios Expediente clínico	Recepcionista, Trabajo Social Asistente Médica o Personal Administrativo de la unidad prestadora del servicio
5	Médico	Atención médica	Consulta externa	Proporciona la atención médica; Interroga, explora y establece diagnóstico y plan terapéutico, determina la necesidad de auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Confirma o rectifica el diagnóstico descrito en la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios Requiere la Formato de Consentimiento Informado	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios Expediente clínico, Formato de consentimiento informado	Médico tratante asignado de la unidad prestadora del servicio
6	Médico Administrativo	Atención médica	Consulta externa	Explica al paciente o familiar su estado de salud. El médico y/o administrativo registra la atención médica, la realización de auxiliares de diagnóstico y tratamiento en el formato de atención de atención médica.	Expediente clínico, Formato de atención médica	Médico tratante asignado de la unidad prestadora del servicio



No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
7	Médico	Atención médica	Consulta externa	Requisita en el Formato de Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios (contraderivación), el resumen de la atención otorgada. Obtiene la firma de conformidad de la atención otorgada en el momento del alta.	Formato de Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. Formato de atención médica Expediente clínico.	Médico tratante asignado de la unidad prestadora del servicio. Trabajadora Social
8	Administrativo	Atención médica	Subdirección médica	El médico y/o administrativo requisita por duplicado el formato de atención médica, sustrayendo del expediente clínico los datos sobre la atención médica y unidades de medida, lo envía a la subdirección administrativa o equivalente para la cuantificación de la atención recibida, se agrega una copia al expediente clínico.	Expediente clínico Formato de atención médica	Subdirector médico.
9	Administrativo/ contable	Elaboración del comprobante pago	Subdirección administrativa	Cuantifica el costo del formato de atención médica, de acuerdo a la tarifa estipulada en el catálogo de intervenciones del convenio de intercambio de servicios y Emite el comprobante de pago (con original y dos copias) para el Expediente clínico y unidad que solicita el servicio.	Formato de Atención Médica Comprobante de pago	Subdirector administrativo

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
10	Administrativo/ contable	Evaluación de la atención médica	Comité de calidad	En caso de controversia en la atención médica, se turna al Comité local, se registra en el informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Expediente clínico, queja escrita, informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Directores médicos de las unidades involucradas
11	Administrativo	Facturación del servicio	Caja o subdirección administrativa	Genera factura mensual de cobro y tramita el envío con la documentación comprobatoria para el pago de los servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Responsable de caja de la unidad prestadora del servicio Subdirector administrativo
12	Administrativo	Trámite de pago	Administrativa de la unidad solicitante del servicio	Recibe, revisa y valida el informe mensual de intercambio o prestación de servicios otorgados a sus pacientes, aprueba factura y gestiona el pago de servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Administrador de la unidad solicitante
13	Administrativo	Trámite de pago	Contable	Recibe, revisa y valida el pago. Confirma el o los depósitos y/o transferencia bancaria por los servicios prestados.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios, Informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Unidades Médicas prestadoras del servicio: Delegaciones IMSS, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Hospitales Regionales del ISSSTE



### Anexo D.1 Diagrama de Flujo para Consulta Externa



### Anexo D.2 Procedimiento de Atención Médica para Urgencias

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
1	Administrativo	Notificación del convenio firmado	Titular de las Jefaturas de Servicios Médicos (JSM) o Director de la Unidad.	Informa a la (s) unidad (es) la formalización del convenio.	Convenio Específico	Director de la Unidad Jefe del Servicio Médico
2	Administrativo - Médico	Programación -enlace de la atención	Unidad Médica Solicitante	Valora al paciente determina la necesidad de atención de urgencia, contacta vía telefónica por Trabajo Social y/o Médico de Urgencias y solicita la cita para el paciente y registra en la agenda correspondiente.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. Agenda de citas de pacientes, Formato de consentimiento informado	Médico tratante, de urgencias, Trabajo Social, Asistente Médica o Personal Administrativo de la unidad solicitante y proveedora.
3	Administrativo - Médico	Recepción de paciente	Urgencias de la unidad médica proveedora	El paciente derivado, (ambulatorio o en ambulancia) acude a la Unidad Médica Proveedora presenta la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, consentimiento informado y lo entrega a recepción. Elabora el expediente clínico y asigna médico para la atención de la urgencia.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios , Expediente clínico, Agenda de citas de pacientes	Médico tratante, de urgencias, Trabajo Social, Asistente Médica o Personal Administrativo de la unidad proveedora.

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
4	Médico	Atención médica	Urgencias de la unidad médica proveedora	Médico de Urgencias confirma o rectifica el diagnóstico descrito en la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. Requisita el formato de Consentimiento Informado. Proporciona la atención médica integral, establece diagnóstico y plan de tratamiento para estabilizar al paciente. En el caso de complicaciones se atiende y se notifica a la unidad médica o institución que derivó al paciente.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, Expediente clínico, formato de consentimiento informado, formato de atención médica	Médico tratante de la Unidad Médica proveedora, Directivo del Hospital proveedor
5	Médico	Atención médica	Urgencias de la unidad médica proveedora	Explica al paciente y al familiar el estado de salud y determina la participación de servicios de apoyo.	Expediente clínico,	Médico tratante de la Unidad Médica Proveedora, Enfermería y Paramédicos.
6	Operativo Médico /Administrativo	Atención médica	Urgencias de la unidad médica proveedora	Requisita en el formato de Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios el resumen de la atención otorgada, obtiene la firma de conformidad de la atención otorgada en el momento del alta y deriva al Subdirector Médico para el trámite Médico-Administrativo.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios Formato de atención médica, Expediente clínico.	Médico tratante de la Unidad Médica Proveedora, Subdirector Médico



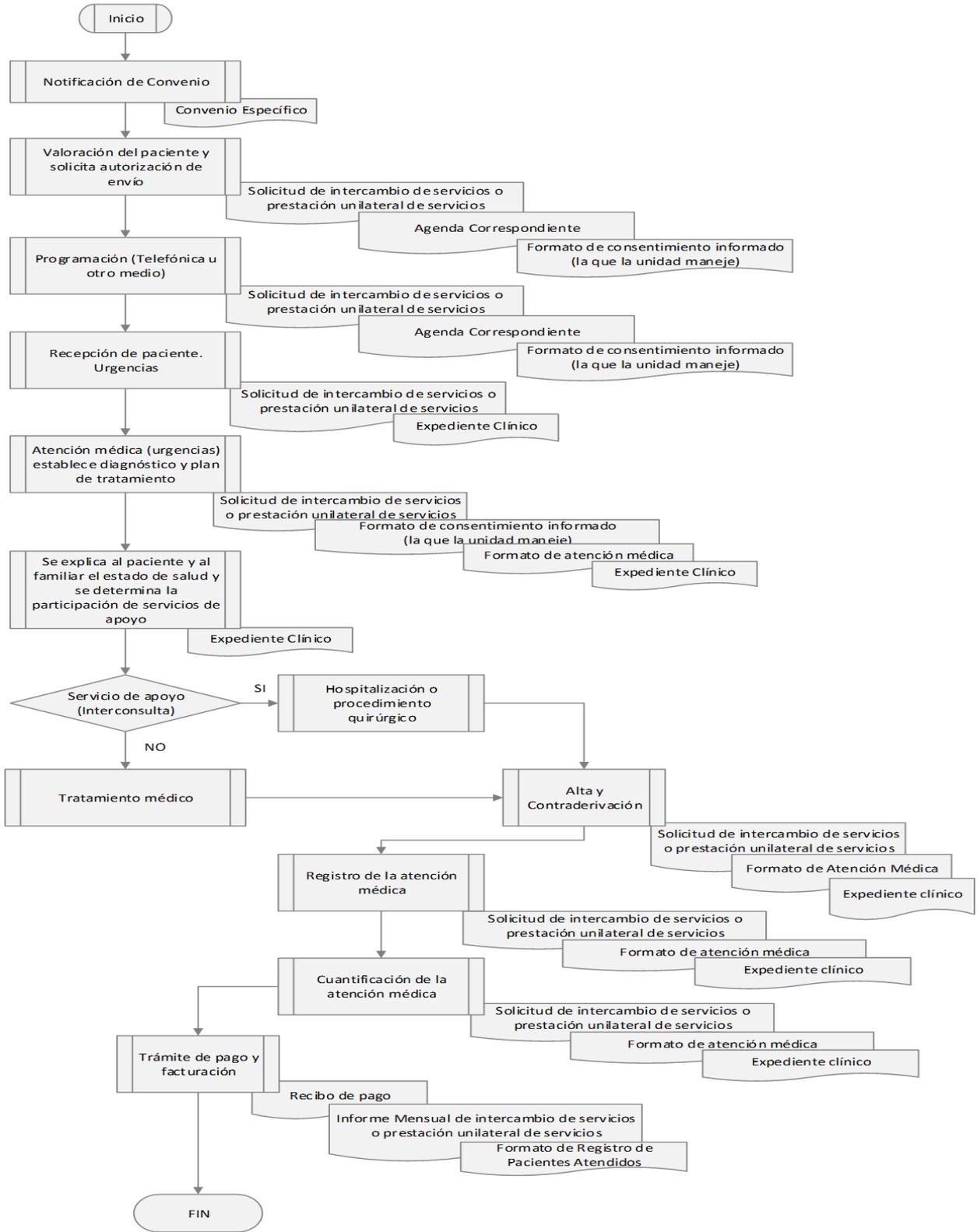
No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
7	Médico/ Administrativo	Atención Médica-Administrativa	Subdirección Médica de la unidad médica proveedora	Requisita por duplicado el formato de atención médica, sustrayendo del expediente clínico los datos sobre la atención médica y unidades de medida, y lo envía a la subdirección administrativa o equivalente para la cuantificación de la atención de urgencias y se agrega una copia al expediente clínico.	Expediente clínico y formato de atención médica	Subdirector médico
8	Contable/ Administrativo	Elaboración del comprobante de pago	Subdirección administrativa de la unidad médica proveedora	Cuantifica el costo del formato de atención médica, de acuerdo a la tarifa estipulada en el catálogo de intervenciones del convenio de intercambio de servicios y emite el comprobante de pago (con original y dos copias): Expediente clínico y unidad que solicita el servicio	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, comprobante de pago	Subdirector administrativo
9	Administrativo/ contable	Evaluación de la atención médica	Comité de calidad	En caso de controversia en la atención médica, se turna al Comité Local, se registra en el informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Expediente clínico, queja escrita, informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Directores médicos de las unidades involucradas



No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
10	Administrativo	Facturación del servicio	Caja o subdirección administrativa	Genera factura mensual de cobro y tramita el envío con la documentación comprobatoria para el pago de los servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Responsable de caja de la unidad prestadora del servicio Subdirector administrativo
11	Administrativo	Trámite de pago	Administrativa de la unidad solicitante del servicio	Recibe, revisa y valida el informe mensual de servicios otorgados a sus pacientes, aprueba factura y gestiona el pago de servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Administrador de la unidad solicitante
12	Administrativo	Trámite de pago	Contable	Recibe, revisa y valida el pago. Confirma el o los depósitos y/o transferencia bancaria por los servicios prestados.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios, Informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Delegaciones, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Hospitales Regionales del ISSSTE, prestadoras del servicio



### Anexo D.2 Diagrama de Flujo para Urgencias



### Anexo D.3 Procedimiento de Atención para Servicio de Hospitalización

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
1	Administrativo	Notificación del convenio firmado	Titular de las Jefaturas de Servicios Médicos (JSM) o Director de la Unidad.	Informa a la (s) unidad (es) la formalización del convenio.	Convenio Específico	Director de la Unidad Jefe del Servicio Médico
2	Médico/ Administrativo	Enlace de Hospitalización	Subdirección Médica de la unidad médica solicitante	El médico tratante determina la necesidad de derivación e informa al personal responsable de autorizar el envío del paciente. Subdirector Médico recibe, valora y en su caso autoriza la orden de hospitalización. Trabajo Social lleva acabo el enlace telefónico con la Subdirección Médica de la Unidad Médica Proveedora. Se asigna fecha, hora, n° de folio y cama para el ingreso.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, Formato de consentimiento informado. Agenda de citas de la unidad proveedora.	Subdirectores Médicos, Trabajo Social y/o Personal asignado de las Unidades Médicas Solicitante y Proveedora,
3	Administrativo	Envío a Hospitalización	Unidad Médica Solicitante	Trabajo Social se informa a través de la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, la forma en que deberá ser trasladado el paciente y realiza el trámite que corresponda (ambulatorio o en ambulancia)	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, Formato de consentimiento informado, Orden de Hospitalización Formato de traslado de pacientes.	Trabajo Social, Asistente Médica o Personal Administrativo de la Unidad Médica solicitante. Médico de traslado de pacientes.



No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
4	Administrativo - Médico	Recepción de paciente	Admisión Hospitalaria	El paciente derivado (ambulatorio o en ambulancia) acude a la Unidad Médica Proveedora y presenta Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, consentimiento informado y orden de hospitalización con folio y cama asignada y lo entrega a recepción. La asistente Médica o administrativa recibe y revisa los documentos y requisita formato de atención médica y solicita la elaboración del expediente clínico. El personal asignado por la unidad proveedora realiza el trámite para el ingreso del paciente a la cama asignada.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, consentimiento informado, orden de hospitalización y expediente clínico.	Asistente Médica , Personal Administrativo, Trabajo Social, y/o Personal asignado por la unidad proveedora
5	Operativo	Hospitalización	Unidad Médica Hospitalaria proveedora	Trabajo Social entrega a la Jefatura de Enfermería los documentos para el ingreso del paciente y esta a su vez cumple con las indicaciones médicas para la hospitalización del mismo.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, Formato de consentimiento informado, orden de hospitalización, formato de atención médica y expediente clínico, hoja de enfermería y nota de ingreso de pacientes.	Trabajo Social, Jefa de enfermeras

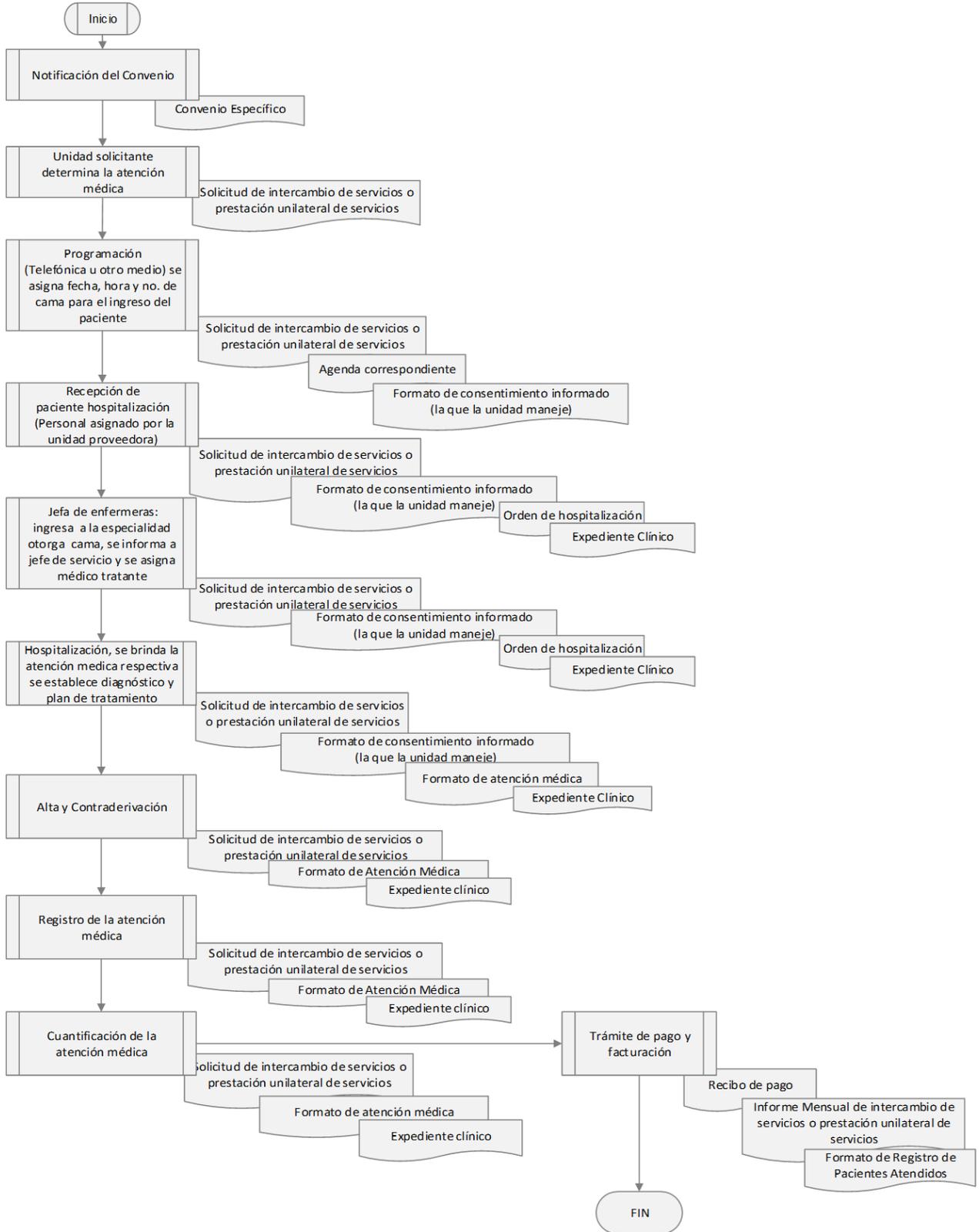
No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
6	Médico-operativo	Atención médica hospitalaria	Hospital proveedor	Jefa de enfermeras registra el ingreso del paciente en la cama asignada de la especialidad correspondiente. Informa al jefe de servicio el cual revisa el caso y asigna un médico adscrito para su atención médica.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios Formato de consentimiento informado, orden de hospitalización, formato de atención médica y expediente clínico, hoja de enfermería y nota de ingreso de pacientes.	Jefa de enfermeras. Jefe de servicio de la especialidad y Médico adscrito.
7	Médico	Atención médica hospitalaria	Hospital proveedor	Médico adscrito revisa el caso, determina el plan de tratamiento y procede a otorgar la atención respectiva. Registra en el expediente clínico los procedimientos médicos, quirúrgicos y auxiliares de diagnóstico y tratamiento que se le hayan practicado al paciente; en el momento del alta deberá requisitar la contraderivación anotando claramente las indicaciones médicas a seguir; en caso de complicación se procede a la atención de la misma y una vez estabilizado el paciente, se procede a notificar a las autoridades de las unidades médicas solicitante y proveedora.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios formato de atención médica, expediente clínico (hoja de enfermería, consentimiento informado, nota de ingreso),	Médico adscrito de la unidad proveedora. Subdirector médico de ambas unidades médicas.

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
8	Administrativo	Atención médica	Subdirección médica	Requisita por duplicado el formato de atención médica, sustrayendo del expediente clínico los datos sobre la atención médica y unidades de medida, Lo envía a la subdirección administrativa o equivalente para la cuantificación del episodio hospitalario, se agrega una copia al expediente clínico	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios formato de atención médica, expediente clínico ( hoja de enfermería, consentimiento informado, nota de ingreso),	Subdirector médico.
9	Administrativo/ contable	Elaboración del comprobante de pago	Subdirección administrativa	Cuantifica el costo del formato de atención médica, de acuerdo a la tarifa estipulada en el catálogo de intervenciones del convenio de intercambio de servicios. Emite el comprobante de pago (con original y dos copias) para el Expediente clínico y unidad que solicita el servicio	Formato de Atención Médica, comprobante de pago	Subdirector administrativo
10	Administrativo/ contable	Evaluación de la atención médica	Comité de calidad	En caso de controversia en la atención médica, se turna al Comité Local, se registra en el informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Expediente clínico, queja escrita, informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Directores médicos de las unidades involucradas



No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
11	Administrativo	Facturación del servicio	Caja o subdirección administrativa	Genera factura mensual de cobro y tramita el envío con la documentación comprobatoria para el pago de los servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Responsable de caja de la unidad prestadora del servicio Subdirector administrativo
12	Administrativo	Trámite de pago	Área administrativa de la unidad solicitante del servicio	Recibe, revisa y valida el informe mensual de servicios otorgados a sus pacientes, aprueba factura y gestiona el pago de servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Administrador de la unidad solicitante
13	Administrativo	Trámite de pago	Contable	Recibe, revisa y valida el pago. Confirma el o los depósitos y/o transferencia bancaria por los servicios prestados.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios, Informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Unidades Médicas prestadoras del servicio: Delegaciones IMSS, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Hospitales Regionales del ISSSTE

**Anexo D.3** Diagrama de Flujo para Hospitalización



### Anexo D.4 Procedimiento de Atención para Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
1	Administrativo	Notificación del convenio firmado	Titular de las Jefaturas de Servicios Médicos (JSM) o Director de la Unidad.	Informa a la (s) unidad (es) la formalización del convenio.	Convenio Específico	Director de la Unidad Jefe del Servicio Médico
2	Administrativo	Solicitud del servicio de atención	Unidad Médica Solicitante	Valora al paciente determina la necesidad de realizar auxiliares para la determinación del diagnóstico, o en su caso favorecer el tratamiento. Requisita la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, previa autorización del Directivo facultado para ello.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios	Médico tratante de la unidad médica solicitante. Directivo de la unidad médica solicitante
3	Administrativo	Programación de la atención	Unidad Médica Solicitante	Contacta (vía telefónica o por el medio acordado) para solicitar la cita en el servicio de auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Registra en la agenda correspondiente. Proporciona a la persona que solicito la cita, fecha, hora y servicio al que deberá presentarse el paciente a recibir la atención y proporciona indicaciones específicas para el paciente según el procedimiento a realizar	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. Agenda de citas de pacientes	Trabajo Social, Asistente Médica o Personal Administrativo de la unidad solicitante y de la unidad médica proveedora



No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
4	Administrativo	Recepción de paciente	Servicio de auxiliares de diagnóstico y/o tratamiento	El paciente derivado acude a la unidad (SS, ISSSTE, IMSS) y presenta Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios y la entrega en recepción el cual indica al paciente el área de toma de muestra o gabinete en la que va hacer atendido, de acuerdo al estudio o tratamiento solicitado.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, Expediente clínico	Recepcionista, Trabajo Social. Asistente Médica o Personal Administrativo de la unidad prestadora del servicio
5	Médico	Atención médica	Servicio de auxiliares de diagnóstico y/o tratamiento	Requisita en su caso la carta de consentimiento informado. Realiza el estudio solicitado o desarrolla el tratamiento descrito en la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. En caso de complicación solicita la intervención del personal de salud, correspondiente, a fin de controlar al paciente y una vez estabilizado, se notifica a la unidad médica proveedora y solicitante.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. Expediente clínico, formato de consentimiento informado, Formato de atención médica	Médico tratante, técnico especializado en auxiliares de diagnóstico de tratamiento de la unidad proveedora del servicio. Director o subdirector médico del hospital proveedor. Director o subdirector médico del hospital solicitante.

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
6	Médico / Administrativo	Atención médica	Servicio de auxiliares de diagnóstico y/o tratamiento	Requisita la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, la interpretación de los resultados del estudio. En caso de auxiliares de tratamiento, se dará indicaciones al paciente y se informara sobre el plan de manejo a seguir. El médico y/o administrativo requisita el formato de atención médica.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. Formato de atención médica, Expediente clínico.	Médico tratante, técnico especializado en auxiliares de diagnóstico de tratamiento de la unidad proveedora del servicio.
7	Administrativo contable (Este procedimiento aplica únicamente para las Unidades proveedoras del IMSS)	Administrativo contable	Contable financiera	Requisita por duplicado el formato de atención médica, sustrayendo del expediente clínico los datos sobre la atención médica, unidades de medida y lo envía a la subdirección administrativa o equivalente para la cuantificación del estudio o auxiliar diagnóstico y agrega una copia del expediente clínico.	Expediente clínico y formato de atención médica	Subdirector médico
8	Administrativo contable	Elaboración del comprobante de pago	Subdirección administrativa	Cuantifica el costo del formato de atención médica, de acuerdo a la tarifa estipulada en el catálogo de intervenciones del convenio de intercambio de servicios y emite comprobante de pago de pago (con original y dos copias): Expediente	Solicitud de servicios, formato de atención médica, comprobante de pago	Subdirector administrativo

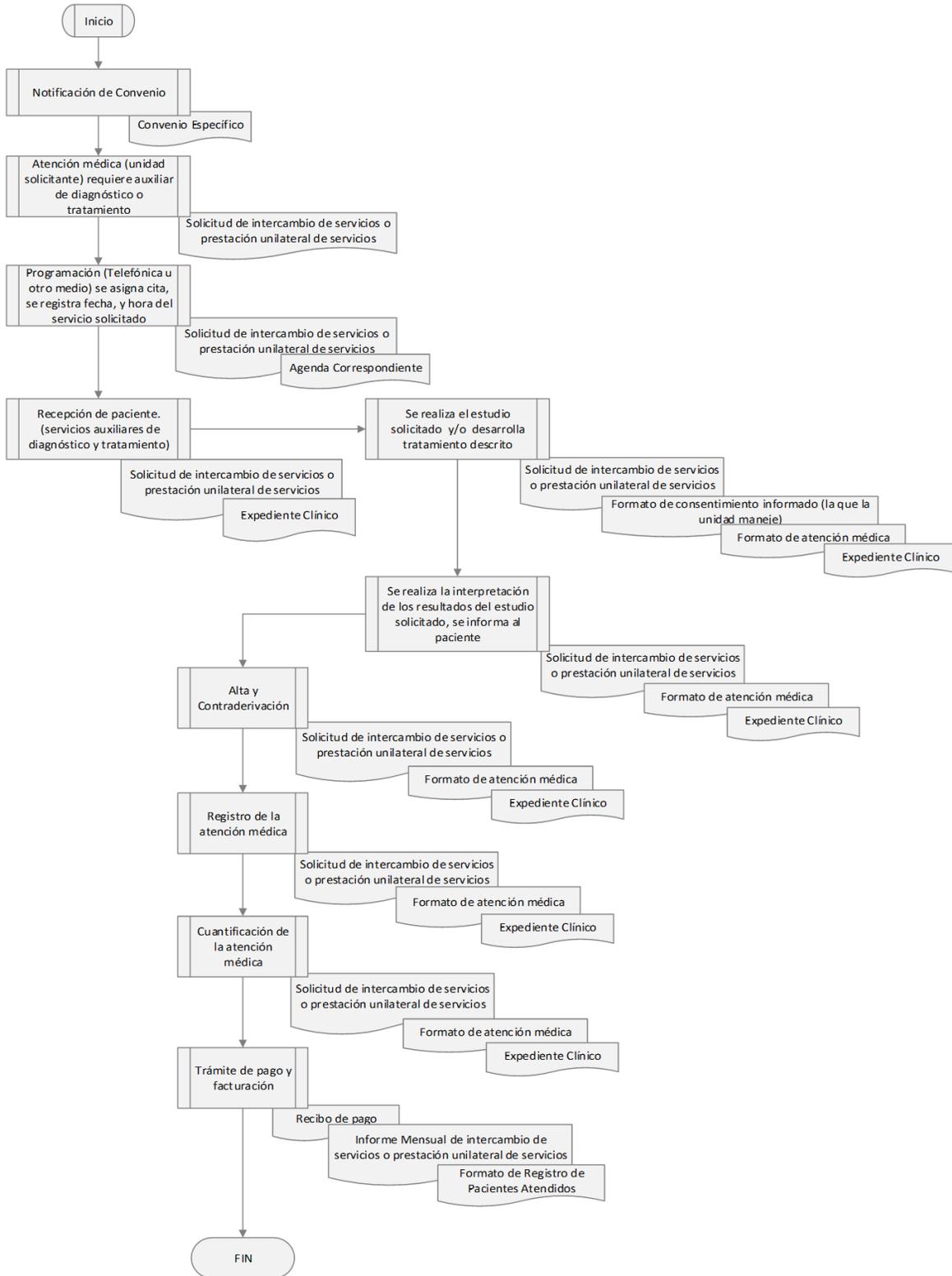
No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
				clínico y unidad que solicita el servicio		
9	Administrativo	Evaluación de la atención médica	Comité de calidad	En caso de controversia en la atención médica, se turna al Comité Local, se registra en el informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Expediente clínico, queja escrita, informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Directores médicos de las unidades involucradas
10	Administrativo	Facturación del pago	Caja o subdirección administrativa	Genera factura mensual de cobro y tramita el envío con la documentación comprobatoria para el pago de los servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Responsable de caja de la unidad prestadora del servicio Subdirector administrativo
11	Administrativo	Trámite de pago	Administrativa de la unidad solicitante del servicio	Recibe, revisa y valida el informe mensual de servicios otorgados a sus pacientes, aprueba factura y gestiona el pago de servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Administrador de la unidad solicitante



No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
12	Administrativo	Trámite de pago	Contable	Recibe, revisa y valida el pago. Confirma el o los depósitos y/o transferencia bancaria por los servicios prestados.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios, Informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios.	Unidades Médicas prestadoras del servicio: Delegaciones IMSS, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Hospitales Regionales del ISSSTE



### Anexo D.4 Diagrama de Flujo para Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento



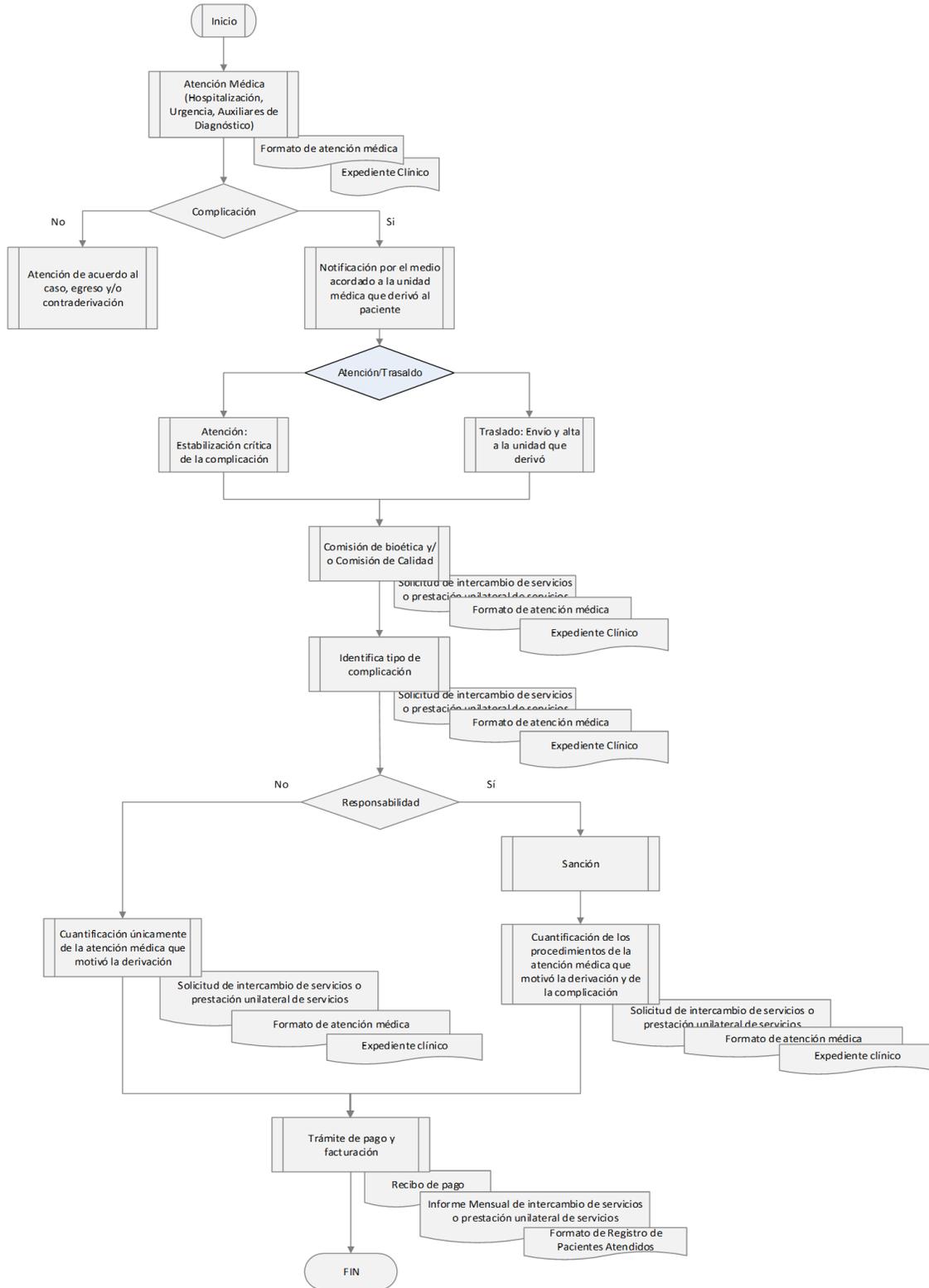


**Anexo D.5** Procedimiento de atención para complicaciones

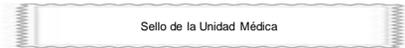
No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
1	Médico	Atención médica	Unidad Médica (servicio donde se encuentre ingresado el paciente)	Establece los procedimientos médicos para tratamiento, limitación del daño y/o secuelas, para la estabilización crítica de la complicación.	Formato de atención médica, Expediente clínico	Directivo del hospital proveedor y Médico tratante.
2	Operativo - Administrativo	Notificación de la complicación	Servicio en el que se encuentre ingresado el paciente	Notificar la complicación, vía telefónica o por el medio acordado, a la unidad médica o institución que derivó al paciente para determinar el procedimiento a seguir de acuerdo al caso (atención y/o traslado).	Formato de atención médica, Expediente clínico	Médico y/o Director del unidad prestadora del servicio
3	Técnico - Administrativo	Reunión	Comisión de bioética y/o comité de calidad de la unidad	Sesiona para dictaminar y emitir las causas de la complicación en la salud del paciente y las responsabilidades respectivas.	Formato de atención médica, Minuta de reunión, Dictamen de la responsabilidad.	Comisión de bioética y Comisión de calidad
4	Administrativo	Trámite de pago	El procedimiento de trámite de pago para las complicaciones es igual a los procedimientos de atención médica (hospitalización, consulta externa, urgencias)			



### Anexo D.5 Diagrama de flujo para complicaciones



### Anexo E. Recibo de pago

<b>Recibo de Pago</b> <small>(Debe ser llenado por la unidad que atendió)</small>													E-IS-RP
No. De Recibo:			No. de la solicitud y/o folio: <small>(mismo número de la solicitud de intercambio de servicios)</small>				Fecha:						
Datos fiscales de la Institución prestadora del servicio													
Nombre													
RFC													
Datos de identificación de la Institución que deriva													
Institución													
Nombre de la Unidad Médica													
Datos de identificación del paciente atendido													
Nombre del paciente										No. Afiliación o Póliza:			
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre (s)							
No.	Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 1	Cantidad	Tarifa	Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 2 *	Cantidad	Cuota de recuperación	Complicaciones					Subtotal	
							Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 1	Cantidad	Tarifa	Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 2 *	Cantidad		Cuota de recuperación
1													
2													
3													
4													
5													
Total con Letra												Total	
Nombre y Firma del Director de la Unidad													



**Anexo G.** Registro de excedentes y faltantes de servicios de atención médica.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
EXCEDENTE/FALTANTE	INSTITUCIÓN	SERVICIO (CLASIFICACIÓN ORIGINAL)	Descripción_Área (CLASIFICACIÓN HOMOLOGADA)	Descripción_Servicio (CLASIFICACIÓN HOMOLOGADA)	CONTENIDA EN EL AGCIS	CÓDIGO AGCIS	Producto	CÓDIGO INSTITUCIONAL	AMBULATORIO/HOSPITALARIO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD MENSUAL

13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
ENT_FED (MODIFICADA)	CLUES	UNIDAD MÉDICA	CAMAS CENSABLES	CLAVE JURISDICCIÓN	NOMBRE JURISDICCIÓN	CLAVE MUNICIPIO	NOMBRE MUNICIPIO	CLAVE LOCALIDAD	NOMBRE LOCALIDAD	CAUSAS	PACIENTES





COSTOS DIRECTOS									
RECURSOS HUMANOS							ZONA ECONÓMICA		2
CLAVE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	TABULADOR DE SUELDOS Y SALARIOS	COSTO* (SI ES DIFERENTE)	HORAS CONTRATADAS AL MES	TIEMPO INVERTIDO EN EL PRODUCTO (MINUTOS)	TOTAL(1)	TOTAL(2)	
#N/A			#N/A				#N/A	\$ -	
							<b>TOTAL</b>	\$ -	
RECURSOS HUMANOS NO INCLUIDOS EN EL TABULADOR									
CLAVE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO	HORAS CONTRATADAS AL MES	TIEMPO INVERTIDO EN EL PRODUCTO (MINUTOS)	TOTAL(1)	TOTAL(2)		
							#DIV/OI	\$ -	
							<b>TOTAL</b>	\$ -	
MATERIALES Y SUMINISTROS									
CLAVE	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO DE LA MEDIDA	CONTENIDO	CANTIDAD EMPLEADA	TOTAL(1)	TOTAL(2)		
							#DIV/OI	\$ -	
							<b>TOTAL</b>	\$ -	
EQUIPO MÉDICO E INSTRUMENTAL									
CLAVE	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA (PRESENTACIÓN)	PRECIO UNITARIO DE LA MEDIDA	CONTENIDO	CANTIDAD EMPLEADA	TOTAL(1)	TOTAL(2)		
							#DIV/OI	\$ -	
							<b>TOTAL</b>	#REF!	
OTROS COSTOS DIRECTOS									
CLAVE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO	TOTAL(2)					
								\$ -	
							<b>TOTAL</b>	\$ -	
COSTOS INDIRECTOS									
RECURSOS HUMANOS							ZONA ECONÓMICA		2
CLAVE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	TABULADOR DE SUELDOS Y SALARIOS	COSTO* (SI ES DIFERENTE)	HORAS CONTRATADAS AL MES	TIEMPO INVERTIDO EN EL PRODUCTO (MINUTOS)	TOTAL(1)	TOTAL(2)	
#N/A			#N/A				#N/A	\$ -	
							<b>TOTAL</b>	\$ -	
RECURSOS HUMANOS NO INCLUIDOS EN EL CATÁLOGO									
CLAVE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO	HORAS CONTRATADAS AL MES	TIEMPO INVERTIDO EN EL PRODUCTO (MINUTOS)	TOTAL(1)	TOTAL(2)		
							#DIV/OI	\$ -	
							<b>TOTAL</b>	\$ -	
MATERIALES Y SUMINISTROS									
CLAVE	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO DE LA MEDIDA	CONTENIDO	CANTIDAD EMPLEADA	TOTAL(1)	TOTAL(2)		
							#DIV/OI	\$ -	
							<b>TOTAL</b>	\$ -	
EQUIPO MÉDICO E INSTRUMENTAL									
CLAVE	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO DE LA MEDIDA	CONTENIDO	CANTIDAD EMPLEADA	TOTAL(1)	TOTAL(2)		
							#DIV/OI	\$ -	
							<b>TOTAL</b>	\$ -	
SERVICIOS GENERALES									
CLAVE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO	TOTAL(2)					
								\$ -	
							<b>TOTAL</b>	\$ -	
DEPRECIACIÓN									
CLAVE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO	TOTAL(2)					
								\$ -	
							<b>TOTAL</b>	\$ -	
OTROS COSTOS INDIRECTOS									
CLAVE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO	TOTAL(2)					
								\$ -	
							<b>TOTAL</b>	\$ -	

### Anexo I. Informe Anual de Pacientes Atendidos.

REGISTRO DE PACIENTES DE INTERCAMBIO O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA																																
Entidad Federativa:			Institución que reporta:			Fecha de reporte:			Periodo que reporta:			Institución, nombre, y cargo de las personas que elaboraron el reporte:																				
												INSTITUCIÓN _____ 0 _____ NOMBRE _____ CARGO _____																				
No. de Registro Consecutivo	Entidad Federativa	Datos de identificación del paciente		Datos de Derivación (solicitud de atención)							Datos de Atención (Contra derivación)																					
		Código de identificación del paciente	Edad/ Sexo	Institución que deriva (solicita la atención)	CLUES de la unidad médica que solicita atención	Nombre de la unidad médica que solicita atención	Diagnóstico de derivación o del estudio auxiliar de diagnóstico y /o tratamiento requerido	Fecha de Derivación (de solicitud de atención)	Vía de entrada (Marcar con una X)			Fecha de recepción	Institución que atiende (vende)	CLUES	Nombre de la unidad médica	Fecha de término de atención o Egreso	Descripción de la intervención de acuerdo al Listado de intervenciones del anexo I del convenio				Descripción de la intervención de acuerdo al Listado de Intervenciones del anexo II del convenio (Tabulador de cuotas)				Descripción de intervenciones por complicaciones				Importe total facturado	Queja	Seguimiento de la Queja	
									Consulta externa	Urgencias	Hospitalización						Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Código	Descripción de la Intervención	Importe Unitario (Tarifa del convenio)	Cantidad de Servicios	No. Consecutivo Anexo II	Descripción de la Intervención	Importe Unitario (Tarifa del convenio)	Cantidad de Servicios	Descripción (nombre de la atención)	Importe Unitario por Cuota de Recuperación (Complicaciones no cubiertas por el convenio)	Cantidad de Servicios				
H	M																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33



**Anexo J.** Garantías de oportunidad en la prestación de los servicios de atención médica.

<b>Servicios y especialidades</b>	<b>Garantía de plazo en la atención</b>
Consulta especialidad	35 días a partir de la solicitud por el médico tratante.
Intervenciones quirúrgicas	A partir de la fecha del diagnóstico por el médico especialista en un plazo no mayor a:
Cirugía cardíaca	80 días
Angiología / Cirugía vascular	90 días
Cirugía gastroenterológica	79 días
Colecistectomía laparoscópica	92 días
Cirugía general	79 días
Ginecología	74 días
Urología	78 días
Neurocirugía	92 días
Neumología y cirugía torácica	69 días
Nefrología	90 días
Traumatología	93 días
Reemplazo de cadera o rodilla	180 días
Oftalmología	73 días
Facoemulsificación y aspiración de catarata	180 días
Urgencias y obstetricia	Atención inmediata
Toma de Mastografía Analógica	14 días hábiles a partir de expedición de la solicitud por el personal capacitado
Interpretación de Mastografía Analógica	7 días hábiles posterior a la toma por el técnico radiólogo
Toma e Interpretación de Mastografía Analógica	21 días hábiles a partir de la expedición de la solicitud por el personal capacitado
Toma de Mastografía Digital	14 días hábiles a partir de expedición de la solicitud por el personal capacitado
Interpretación de Mastografía Digital	7 días hábiles posterior a la toma por el técnico radiólogo
Impresión de Mastografía Digital	7 días hábiles posterior a la toma por el técnico radiólogo
Toma, Interpretación e Impresión de Mastografía Digital	21 días hábiles a partir de la expedición de la solicitud por el personal capacitado
Estudios y procedimientos de laboratorio y gabinete	21 días a partir de la expedición de la solicitud por el médico especialista



**Anexo K.** Red interinstitucional de oferta y demanda de servicios a nivel de unidad médica.

Anexo K. Red interinstitucional de oferta y demanda de servicios a nivel de unidad médica en el estado de _____											
INSTITUCIÓN											
MUNICIPIO											
LOCALIDAD											
UNIDAD MEDICA (nombre y CLUES)											
ID	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Producto	Especificaciones	OFERTA	DEMANDA	OFERTA	DEMANDA



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**Versión 2**

**México, 23 de mayo de 2023**

