



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

## **ANEXO 2**

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



**ISSSTE**



**PEMEX**®



**IMSS**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

## **Coordinación**

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

## **Participantes**

Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

Petróleos Mexicanos.

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



**ISSSTE**



**PEMEX**®



**IMSS**

# ÍNDICE

1. Introducción .....	1
2. Objetivos.....	2
3. Marco legal .....	4
4. Ámbito.....	5
5. Marco conceptual.....	5
6. Lineamientos .....	8
6.1. Disposiciones generales .....	8
6.2. Proceso para el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica .....	19
6.2.1. De las garantías de oportunidad en la prestación de los servicios de atención médica .....	20
6.2.2. De la derivación y contraderivación de pacientes .....	20
6.2.3. Del equipamiento/infraestructura .....	26
6.2.4. De la atención médica .....	27
6.2.5. De los mecanismos de pago.....	30
6.3. Proceso para el Registro de Convenios Específicos .....	35
GLOSARIO .....	38
ANEXOS .....	46

## 1. Introducción

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.

Este objetivo se logrará mediante la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, que dará servicio en todo el territorio nacional, a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE. La atención se brindará en apego a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano.

- El combate a la corrupción será permanente en todo el sector salud.
- Se dignificarán los hospitales públicos de las diversas dependencias federales.
- Se priorizará la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inserción en programas escolares de temas de nutrición, hábitos saludables y salud sexual y reproductiva.
- Se emprenderá una campaña informativa nacional sobre las adicciones.
- Se impulsarán las prácticas deportivas en todas sus modalidades.

En este contexto, para avanzar, 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 para cumplir con los objetivos de acceso a partir de una coordinación interinstitucional que promueva el uso eficiente de la capacidad instalada nacional.

El Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios, tiene la finalidad de brindar un marco referencial y un conjunto de orientaciones, producto del trabajo interinstitucional, que puedan constituirse en la base de las acciones para la integración del Sistema Nacional de Salud, estableciendo los procedimientos y mecanismos acordados entre las Instituciones en lo que se refiere al intercambio de servicios y a la prestación unilateral de servicios de atención médica.

## **2. Objetivos**

### **Objetivo general**

Establecer los criterios operativo-administrativos y homologar los procesos entre las instituciones que permitan el intercambio o prestación unilateral de servicios de atención médica, 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.

## **Objetivos específicos**

- a. Estandarizar los mecanismos de operación para el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica 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
- b. Facilitar los mecanismos de derivación y contraderivación de pacientes, entre las unidades médicas participantes en el intercambio o prestación unilateral de servicios.
- c. Garantizar que los servicios que se otorguen, cumplan con los criterios de oportunidad, calidad y seguridad del paciente.
- d. Definir, integrar e implementar el proceso de vinculación entre el proveedor del servicio y el financiador para garantizar la recuperación de los recursos (pago) objeto del intercambio entre las instituciones.
- e. Integrar el Expediente clínico y seguimiento de complicaciones a través del “COMITÉ NACIONAL”.
- f. Establecer instrumentos de sistematización, diseño e implementación de mecanismos de auditoría y control.
- g. Promocionar y difundir el intercambio y/o prestación unilateral de servicios de atención médica.

### **3. Marco legal**

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

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley General de Salud.
3. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
4. Ley del Seguro Social.
5. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
6. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento.
7. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
8. Ley Federal de las Entidades Paraestatales y su Reglamento.
9. Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su Reglamento.
10. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento.
11. Ley de Contabilidad Gubernamental y su Reglamento.
12. Presupuesto de Egresos de la Federación para ejercicio fiscal correspondiente.
13. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
14. Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
15. Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.
16. Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

17. Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
18. Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
19. Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
20. Plan Nacional de Desarrollo 2019 - 2024.
21. Lineamientos para el ejercicio presupuestal. Capítulo XIV, Contratación de Servicios Subrogados. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Dirección de Finanzas.
22. Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios del 03 de abril de 2020.

#### **4. Ámbito**

Los presentes lineamientos serán aplicables a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, que celebren convenios de intercambio o de prestación unilateral de servicios de atención médica al amparo del Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios del 03 de abril de 2020.

#### **5. Marco conceptual**

La protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos, consagrado en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y corresponde a la Secretaría de Salud, planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten

---



servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento de ese derecho. Asimismo, deberá propiciar y coordinar la participación de los sectores social y privado en el Sistema Nacional de Salud y determinar las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes.

Para avanzar en la integración del Sistema Nacional de Salud y el acceso a los servicios de salud, respetando la autonomía y la división de responsabilidades de cada una de las instituciones, se llevan a cabo los esfuerzos necesarios para encontrar mecanismos de unificación para lograr utilizar de manera más eficiente los recursos económicos, recursos humanos, infraestructura, equipamiento, material e insumos con que cuentan las instituciones.

El intercambio de servicios planificado tiene entre sus objetivos primordiales contribuir a garantizar a la población el acceso efectivo, con calidad y oportunidad de los servicios de salud, a través de intervenciones, tratamientos, auxiliares de diagnóstico convenidos y bajo criterios de derivación previamente establecidos, a fin de mejorar la prestación de sus servicios médicos, independientemente de la afiliación y la condición de derechoahabencia.

El intercambio o la prestación unilateral de servicios forman parte de las estrategias que permitirán mejorar la eficiencia y fomentar el uso óptimo de los recursos disponibles, como el medio para ampliar la cobertura.

El intercambio de servicios se define como la atención a la población, en las unidades médicas, a partir de intervenciones convenidas y bajo

criterios de derivación previamente establecidos.

Este modelo no implica la portabilidad de servicios por parte de los usuarios de las distintas instituciones, ya que para que un paciente pueda ser atendido en una institución distinta a la suya, deberá ser derivado por su unidad de adscripción.

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.

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 trasladarse a grandes distancias. El Intercambio de servicios planificado como estrategia 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 derechohabiencia. Permite complementar la atención entre las instituciones y aprovechar el talento del personal involucrado,

fortaleciendo la capacidad resolutive en las entidades.

## **6. Lineamientos**

### **6.1. Disposiciones generales**

6.1.1. El presente Manual de Lineamientos es obligatorio y tiene como objetivo sentar las bases para ejecución de los convenios específicos para el intercambio o prestación unilateral de servicios de atención médica.

6.1.2. Para realizar el intercambio o prestación unilateral de servicios se suscribirán convenios específicos de colaboración interinstitucional dentro del marco del Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud, quienes, sin limitar, pueden ser los Servicios Estatales de Salud, las Oficinas Técnicas de Representación y Unidades Médicas de Alta Especialidad UMAE del IMSS, Unidades Médicas del ISSSTE, PEMEX y cuando proceda, con Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Universidades, entre otros.

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, en el entendido de que en dicha adhesión manifiestan su voluntad de sujetarse a las decisiones tomadas por la Comité Nacional para garantizar la optimización de sus servicios e infraestructura. Se requerirá formalizar el intercambio o prestación unilateral de servicios utilizando como base el modelo de convenio específico de coordinación para el intercambio de servicios.

- 6.1.3. 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.
- 6.1.4. 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”, 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 consideraran 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”.

**6.1.5. Revisión y actualización de Tarifas Máximas Referenciales:**

El “Catálogo de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios”, se actualizará en enero de cada año, de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor, del año inmediato anterior. Dicha actualización se hará del conocimiento de las instituciones participantes. Las instituciones aceptan que, en lo sucesivo, no se requerirá de la formalización de un nuevo instrumento correspondiente a dicha actualización, excepto cuando el COMITÉ NACIONAL considere que algún servicio específico requiere de una revisión en su tarifa máxima referencial; en este supuesto, la tarifa del servicio respectivo, se actualizará conforme lo indique el COMITÉ NACIONAL.

**6.1.6. El intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica deberá sujetarse al Procedimiento de derivación, contraderivación y atención médica establecidos en los**

formatos y flujogramas de este Manual de Lineamientos (Anexos A, B, C y D).

- 6.1.7. Los convenios deberán establecer de manera detallada los compromisos, obligaciones, mecanismos y garantías de pago que se asumen para el intercambio o prestación unilateral de servicios entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud de acuerdo a la normatividad aplicable y sujetos a la disponibilidad presupuestal correspondiente.
- 6.1.8. Las instituciones que celebren convenios para el intercambio o prestación unilateral de servicios de atención a la salud 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, estén en posibilidades de ofrecer los servicios médicos, de diagnóstico, terapéuticos y de uso de servicios requeridos, con la calidad seguridad, calidez y efectividad necesaria para el cumplimiento de los convenios. Para ello, deberán contar con la infraestructura, tecnología y recursos humanos apropiados para dar atención a los padecimientos que conforman el catálogo de servicios objeto del intercambio o prestación unilateral de servicios.
- 6.1.9. En el marco del intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica, las unidades prestadoras de servicios registrados en el convenio interinstitucional de coordinación, deberán considerar la acreditación, estipulada

en la Ley General de Salud o en su caso, la certificación o cualquier otra modalidad que garantice la calidad de la atención a los pacientes.

- 6.1.10. Asimismo, las unidades deberán tener establecido un sistema de seguridad del paciente que contribuya a minimizar la presencia accidentes, infecciones nosocomiales o de eventos adversos como consecuencia del proceso para garantizar una atención médica con mejores condiciones.
- 6.1.11. La Institución demandante del servicio no tendrá responsabilidad alguna con el personal médico, paramédico, técnico, administrativo y de intendencia de la unidad receptora, destinado para la atención de sus o derechohabientes.
- 6.1.12. El pago de servicios se hará según lo establecido en los convenios específicos. La propuesta de formato de recibo de pago, Anexo D.1, 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 D.2.
- 6.1.13. 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. Para tales efectos, las instituciones participantes establecerán los mecanismos de seguimiento y evaluación de los pacientes y de los servicios intercambiados a través del Comité Nacional. Lo cuál, se difundirá a las entidades federativas a través de sus onstituciones para su aplicación.

6.1.14. Cualquier abuso, impericia o negligencia cometida por el prestador del servicio durante el intercambio o prestación unilateral de servicios, una vez agotados los procedimientos emitidos por el Comité Nacional y el Comité Local, la dictaminación final será por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

6.1.15. La información y actividades que se produzcan en cumplimiento del convenio de intercambio o prestación unilateral de servicios, serán clasificadas atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su reglamento.

6.1.16. El intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica será administrado por el Comité Nacional, mismo que



estará integrado por un miembro del IMSS, uno del ISSSTE, uno por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, quien lo presidirá, , uno por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, y uno por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en su calidad de asesor, estos tres últimos dependientes de la Secretaría de Salud. Las entidades federativas quedarán adheridas y representadas ante el Comité Nacional por dos representantes de los servicios estatales de salud nombrados anualmente, de manera rotatoria, por el Consejo Nacional de Salud.

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 o prestación unilateral de servicios en su entidad o entre las instituciones firmantes, y podrá en cualquier momento, solicitar asesoría y/o apoyo a la Secretaría de Salud. La presidencia del Comité Local estará a cargo del representante de la Entidad para el convenio específico o por la institución que se acuerde para el caso de los convenios en donde no participe la entidad.

El Comité Nacional, se reunirá por lo menos una vez cada tres meses y será responsable de:

- 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 las unidades médicas de las instituciones participantes, de los compromisos y obligaciones derivadas de la suscripción del Acuerdo General.
- c) Revisar y actualizar el “Catálogo de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios” y actualizarlas en enero de cada año, de acuerdo con el Índice Nacional de Precios al Consumidor, del año inmediato anterior, así como el “Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios”.
- d) Mantener actualizado el registro de Convenios Específicos.
- e) Evaluar y dar seguimiento al cumplimiento de los objetivos del Acuerdo General.
- f) Mantener disponible la información que se desprenda de la ejecución del Acuerdo General.
- g) 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 instituciones participantes.

- h) Integrar el informe anual de pacientes atendidos vía intercambio y de la prestación unilateral de servicios, para lo cual pone a disposición de las instituciones participantes el formato de Registro de pacientes atendidos por vía del intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica. La institución prestadora de servicios será la encargada de integrar el informe anual, o en su caso, los Servicios Estatales de Salud.
- i) Revisar cualquier aspecto operativo o práctico que deba ser modificado, para una mejor aplicación de los términos y condiciones estipulados en el Acuerdo General.
- j) 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 del Sistema Nacional de Salud, conforme a la normativa vigente y comunicarlos a las instituciones participantes, a fin de garantizar el acceso, la oportunidad, seguridad y calidad en la prestación de Servicios de Atención Médica.
- k) Acordar las garantías de Oportunidad de la Atención Médica.
- l) Difundir la oferta y necesidades de servicios de las

instituciones participantes, a fin de promover la suscripción de Convenios Específicos.

- m) Establecer el procedimiento a seguir en caso de que se presente alguna complicación relacionada con las intervenciones realizadas, a fin de que se emita un dictamen que establezca la responsabilidad, las causas de la complicación en la salud de los pacientes y las erogaciones que resulten por los procedimientos posteriores.
- n) Emitir los lineamientos para la aceptación y pago de las intervenciones realizadas a los pacientes que no deriven de una complicación, pero que sean requeridos por el paciente de acuerdo al médico tratante y que además pueda ser proporcionada por la institución proveedora, siempre y cuando hayan sido autorizados por la institución solicitante.
- o) Emitir los lineamientos para la atención de las quejas de los usuarios que deriven del Acuerdo General, tomando en consideración las disposiciones jurídicas aplicables a las instituciones participantes.
- p) Conocer de las controversias o desacuerdos relacionados con el Acuerdo General, a fin de llegar a un acuerdo.
- q) Las demás que de común acuerdo determinen las instituciones participantes a través del propio Comité Nacional.

Por su parte, el Comité Local deberá reunirse por lo menos una vez cada 3 meses será responsable de:

- 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 las unidades médicas de las instituciones participantes, de los compromisos y obligaciones derivadas de la suscripción del Convenio Específico.
- c) Remitir al Comité Nacional un ejemplar del convenio específico para su inclusión en el registro de Convenios Específicos.
- d) Verificar que se cumplan las obligaciones atribuibles a las instituciones participantes, en los términos establecidos en el Convenio Específico y el Acuerdo General.
- e) Promover la conformación de grupos profesionales de la salud, 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 instituciones participantes.
- f) Contribuir en la actualización de los Anexos que forman parte integrante del Convenio Específico.
- g) Gestionar el cumplimiento de los compromisos de las

instituciones participantes, en los plazos establecidos.

- 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 Convenio Específico, en términos de lo previsto en la Cláusula Décima Sexta del convenio específico “Solución de Controversias”.
- j) Facilitar las actividades de acreditación de los servicios y/o evaluación de la calidad en las unidades médicas 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 instituciones participantes, respetando las disposiciones y los criterios médicos en lo general y en lo específico.
- k) Las demás que de común acuerdo determinen las instituciones participantes, a través del propio Comité Local, que en ningún caso invadirán las que corresponden al Comité Nacional.

## **6.2. Proceso para el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica**

Los lineamientos para el proceso de intercambio o prestación unilateral de servicios comprenden los referentes a las garantías de la atención,

derivación y contraderivación del paciente, del registro y trámites, de equipamiento e infraestructura y de la atención médica.

Para cada uno de ellos se señalan los siguientes lineamientos:

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

6.2.1.1. Las unidades médicas que presten la atención médica de intercambio o prestación unilateral de servicios deberán ajustarse a los tiempos establecidos en el Anexo E.

6.2.1.2. 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 E, derivarán a sus pacientes mediante el intercambio o prestación unilateral de servicios.

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

6.2.2.1. 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.

6.2.2.2. 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, lo cual debe estar especificado en los anexos de los convenios específicos.

6.2.2.3. 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.

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.

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).

6.2.2.4 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 discapacitados, 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 correspondiente llenará el formato de contraderivación para continuar con los trámites administrativos para la solicitud del pago de los servicios a la unidad solicitante.

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

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

6.2.2.7. El médico tratante recibirá por correo electrónico, cuando se cuente con esta herramienta, o personalmente el formato de intercambio o prestación unilateral de servicios (derivación y contraderivación), mismo que 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 al cobro.

6.2.2.8. 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.

6.2.2.9. 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.

6.2.2.10. De ser necesario el traslado del paciente, éste será responsabilidad de la unidad médica solicitante, 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. 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.

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

6.2.2.12. 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.

6.2.2.13. En caso de ocurrir una complicación médica que estuviera fuera de la (s) cartera (s) de servicios del convenio específico, el médico tratante deberá notificar por escrito a la unidad que envió al paciente, la (s) causa (s) de dicha complicación y anexarlas 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 el Comité Local una vez que se haya realizado el estudio de costo que corresponda.

### **6.2.3. Del equipamiento/infraestructura**

6.2.3.1. El intercambio o prestación unilateral de servicios dará inicio cuando una unidad médica participante, no cuenta con la capacidad resolutive para prestar la atención a su demanda, o bien, cuando en una localidad, dicha institución no disponga de la infraestructura médica, deberá enviar al paciente a una unidad más cercana, dentro del grupo de unidades consideradas como resolutive en el convenio.

6.2.3.2. 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.

6.2.3.3. 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.

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

#### **6.2.4. De la atención médica**

6.2.4.1. La atención médica se llevará a cabo conforme a los procedimientos administrativos y operativos señalados en el Anexo C. El procedimiento de atención médica del paciente incluirá el llenado del formato de atención médica en los casos de hospitalización, para las intervenciones fuera del Catálogo y de los anexos de los Convenios Específicos correspondientes (Anexo B).

En caso de complicaciones se registrará en el formato de atención médica lo realizado al paciente (Anexo B).

6.2.4.2. El médico tratante de la unidad receptora será el único responsable del paciente y prescribirá los medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete necesarios para la atención del padecimiento, apegándose al catálogo de insumos y

medicamentos para la salud que se haya pactado en el intercambio o prestación unilateral de servicios, de acuerdo al protocolo de atención aprobado por las instituciones participantes, de conformidad con las Guías de Práctica Clínica, de existir éstas. Los insumos y medicamentos serán los autorizados en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

- 6.2.4.3. 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.
- 6.2.4.4. Para la realización del procedimiento terapéutico o diagnóstico, se deberá explicar claramente al paciente las condiciones en las que debe presentarse al servicio.
- 6.2.4.5. Cuando se trate de estudios de laboratorio y gabinete, la interpretación será enviada por correo electrónico o por el medio que se disponga al médico que derivó, con copia a la administración para las gestiones que correspondan.
- 6.2.4.6. 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.

6.2.4.7. 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.

6.2.4.8. 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.

6.2.4.9. El médico tratante o personal responsable de la unidad proveedora, deberá informar oportunamente a las autoridades 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.

6.2.4.10. 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.



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

6.2.5.1. 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.

6.2.5.2. 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 que integra la relación de los pacientes y servicios prestados, así como el importe de los mismos.

6.2.5.3. Los CFDI se deberán emitir mensualmente, considerando todas las atenciones otorgadas 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 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, quien 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 y deberá presentar el CFDI para pago, dentro de los primeros cieno días hábiles, posterior a la validación del informe mensual, de cada mes, ante la institución que derivó al paciente.

- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) Una vez que la institución solicitante apruebe los términos del CFDI y valide los servicios médicos otorgados 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 Clabe Interbancaria Estandarizada.

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:

- 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

Cuando un paciente no derechohabiente del “IMSS”, del “ISSSTE”, de “PEMEX” o de algún esquema de seguridad social sea atendido en cualquier establecimiento de salud del “IMSS”, del “ISSSTE”, de “PEMEX” o de algún esquema de seguridad social, al amparo del Acuerdo General para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica, el pago por las cantidades que resulten por la prestación de los servicios, estará a cargo de la Entidad Federativa que derive al paciente.

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 los Servicios Estatales, conforme al procedimiento establecido para tal efecto en cada institución, mismos que se integran al convenio específico.

6.2.5.4. Se solicita a las instituciones aplicar los recursos obtenidos de la contraprestación de los servicios de atención médica ofertados, en las unidades medicas que brindaron los servicios, de acuerdo a la normativa interna de cada una de las partes, para mejorar la atención médica que proporcionan.

#### **6.2.6. Del registro de los casos atendidos.**

6.2.6.1. Los casos atendidos se informarán mediante los sistemas de información disponibles. Para este efecto, las instituciones se comprometen a utilizar el formato de Reporte de Pacientes Atendidos para registrar y dar seguimiento, gestionar y controlar la información sobre los eventos de atención médica prestada entre las instituciones, así como a validar dichos casos y a generar demás documentos informativos que se requieran. Asimismo, en cuanto se desarrolle un Sistema para el Registro de Intercambio de Servicios, las instituciones se comprometen a utilizarlo.

6.2.6.2. Será indispensable el uso del Reporte de Pacientes Atendidos, y en su momento del Sistema para el Registro de Intercambio de Servicios, para evaluar y realizar el seguimiento de la estrategia de Intercambio y/o prestación unilateral de servicios.

6.2.6.3. La administración general del Reporte de Pacientes Atendidos, y en su caso del Sistema para el Registro de Intercambio de Servicios, estará a cargo de la Secretaría de Salud.

### 6.3. Proceso para el Registro de Convenios Específicos

Con el objetivo de establecer los criterios que deben cumplir los Convenios Específicos suscritos al amparo del Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica, para su formal inclusión al Registro de Convenios Específicos, se emiten los siguientes lineamientos.

6.3.1. El Convenio Específico y sus anexos debidamente formalizados, deberán ser enviados en un tanto original por oficio a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), solicitando su inclusión en el Registro de Convenios Específicos.

Para proceder al registro del instrumento jurídico, 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 instrumento jurídico.

6.3.2. En el caso de no haber considerado un tanto original del Convenio Específico para la DGPLADES, se aceptará el envío de una copia certificada del mismo, o bien, con una certificación de del instrumento 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 \_\_\_\_\_ 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\_\_\_\_\_.”

**6.3.3.** 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, entonces lo gestionará cualquiera de las instituciones que lo hayan suscrito.

**6.3.4** 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 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 médico autorizado de cada establecimiento médico del ANEXO 3 referido en el numeral anterior, para realizar la derivación y contraderivación.

6.3.5. La DGPLADES emitirá periódicamente recordatorios a las instituciones y a las entidades federativas solicitando que se sirvan requerir el registro de Convenios Específicos que hayan celebrado al amparo del Acuerdo General, con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud.

6.3.5. Se publicará en la web de la DGPLADES el Listado de los Convenios vigentes que fueron considerados en el Registro de Convenios Específicos, para conocimiento de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.



## GLOSARIO

Para entender 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.

**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.

**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:** 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.

**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

derechohabiencia, 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 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.

**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.

**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.

**Red de servicios de salud:** Conjunto de unidades de atención a la salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive, 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.

**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 aquél 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.



## **ANEXOS**

**Anexo A. Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios de atención médica (Derivación y Contraderivación)**

**Anexo B. Formato de atención médica**

**Anexo C**

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

**Anexo C.2 Procedimiento y diagrama de flujo de atención para urgencias.**

**Anexo C.3 Procedimiento y diagrama de flujo de atención para hospitalización.**

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

**Anexo C.5 Procedimiento y diagrama de flujo para complicaciones.**

**Anexo D:**

**Anexo D.1 Recibo de pago**

**Anexo D.2 Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica.**

**Anexo D.3 Registro de pacientes atendidos por vía del intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica.**

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



## Anexo A. Solicitud de Intercambio o prestación unilateral de servicios de Atención Médica Derivación

Solicitud de Intercambio o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica									
F1-IS-D									
*(ponga una "X" en el recuadro de la opción correspondiente)									
Derivación									
Datos de la unidad que deriva									
Institución que deriva:	IMSS		ISSSTE		SS		Otra		
Unidad médica que deriva:									
Servicio que deriva:									
Tipo de solicitud:	Programada		Urgente		No. Afiliación o Póliza				
Fecha de solicitud	No. de solicitud y/o folio								
Día / Mes / Año									
Identificación del Paciente									
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre (s)		Edad	*Mujer	*Hombre		
C.U.R.P.:									
Diagnóstico (s) de envío:									
Resumen Clínico									
(Principales datos del interrogatorio, exploración física, auxiliares de diagnóstico, tratamiento, terapéutica previa)									
Intervención solicitada (Intervenciones del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios). Anexo 1					Intervenciones solicitada Fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 2				
Datos de la unidad receptora									
Institución que recibe:	IMSS		ISSSTE		SS		Otra		
Unidad médica que recibe:									
Servicio que recibe									
Vía de entrada:	Consulta externa	Hospitalización	Auxiliares de diagnóstico y tratamiento				Urgencias		
			Estudios Básicos,		Estudios Especializados				
Nombre y firma del médico solicitante									
Sello de la Unidad									
Nombre y firma del directivo que autoriza									
Vigencia de Derechos (Para la institución que aplique)									



## Anexo A. Solicitud de Intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica Contraderivación

Solicitud de Intercambio o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica							
F3-IS-C							
<b>Contraderivación</b>							
<b>Identificación del Paciente</b>							
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)		Edad	*Mujer	*Hombre	
C.U.R.P.:							
No. de solicitud y/o folio				No. Afiliación o Póliza			
<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>Resumen de la atención proporcionada</b> (Debe ser llenado por el Instituto (Unidad) y especialidad que recibió)							
<b>Fecha de atención o de Ingreso</b>	Día /Mes /Año		<b>Fecha de termino de atención o Egreso:</b>	Día /Mes /Año			
Institución que recibió:						<b>Total de días atendidos</b>	<b>No. Estudios realizados</b>
Unidad médica que recibió:							
Servicio que recibió:							
<b>Diagnóstico (s) de atención o egreso :</b>			<b>Diagnóstico de egreso por complicaciones</b>				
<b>Resumen clínico</b>							
(Principales datos del interrogatorio, exploración física, auxiliares de diagnóstico, tratamiento, terapéutica previa)							
<b>Se registró queja del proceso de atención</b>			<b>Sí</b>		<b>No</b>		
<b>Intervenciones o estudios realizados (Listado de intervenciones u otros acordados en el convenio específico)</b>							
<b>Intervención solicitada (Intervenciones del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios: Anexo 1)</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 2 *</b>			<b>Cantidad</b>		
Nombre y firma del médico tratante		Sello de la Unidad		Nombre y firma del directivo que autoriza			
* En el caso de complicaciones que involucren intervenciones que no se encuentren incluidas en el Catálogo de Intervenciones para el Intercambio de Servicios, éstas se registrarán en la variable correspondiente a "intervenciones fuera del Catálogo de Intervenciones para el Intercambio de Servicios"							

## Anexo B. 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>							F2-AM				
FICHA DE IDENTIFICACIÓN											
No. Afiliación o Póliza		Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)		Edad	Mujer	Hombre	
Datos de la unidad que deriva											
Unidad médica que deriva:				Institución:							
Servicio que deriva:				Área de atención							
Datos de la unidad receptora											
Unidad médica que recibió:				Institución:							
Servicio que recibió:				Área de atención:							
Fecha de Atención o Ingreso		Día		/Mes		/Año					
Vía de entrada:		Consulta externa	Hospitalización	Auxiliares de diagnóstico y tratamiento					Urgencias		
				Estudios Básicos, Laboratorio y Rayos X					Estudios Especializados		
Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 1						Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios.					
EL LLENADO DE LA SIGUIENTE SECCIÓN SE REALIZA CON FINES DE CALIDAD Y NO COMO BASE PARA EL PAGO											
Servicios y/o Procedimiento para atención hospitalaria o internamiento		Describe el servicio							Cantidad <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										
Auxiliares de Diagnóstico requeridos									Cantidad <small>(Especifique total)</small>		
Estudios de laboratorio (Especifique cuáles)											
Estudios de radiología (Especifique cuáles)											
Estudios de imagenología (Especifique cuáles)											
Otros estudios (Especifique cuáles)											
Resumen clínico											
<small>(Principales datos del interrogatorio, exploración física, auxiliares de diagnóstico, tratamiento, terapéutica previa)</small>											
Complicación (es) durante la atención ( Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios) Anexo 1						Otras complicaciones Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 2 * <small>(Especifique cuáles)</small>					
EGRESO											
Fecha de Atención o Egreso:	Día		/Mes		/Año		Diagnóstico de complicación (es) al egreso: (Especifique cuáles)				
Diagnóstico de egreso	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 *		*Con responsabilidad:		*Sin responsabilidad:				
					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		
Nombre y firma del médico tratante						No. de la solicitud y/o folio: <small>(mismo número de la solicitud de derivación)</small>					

\* En el caso de complicaciones que involucren intervenciones que no se encuentren incluidas en el Catálogo de Intervenciones para el Intercambio de Servicios, éstas se registrarán en la variable correspondiente a "intervenciones fuera del Catálogo de Intervenciones para el Intercambio de Servicios".

### Anexo C.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 pacientes la 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. Revisa 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

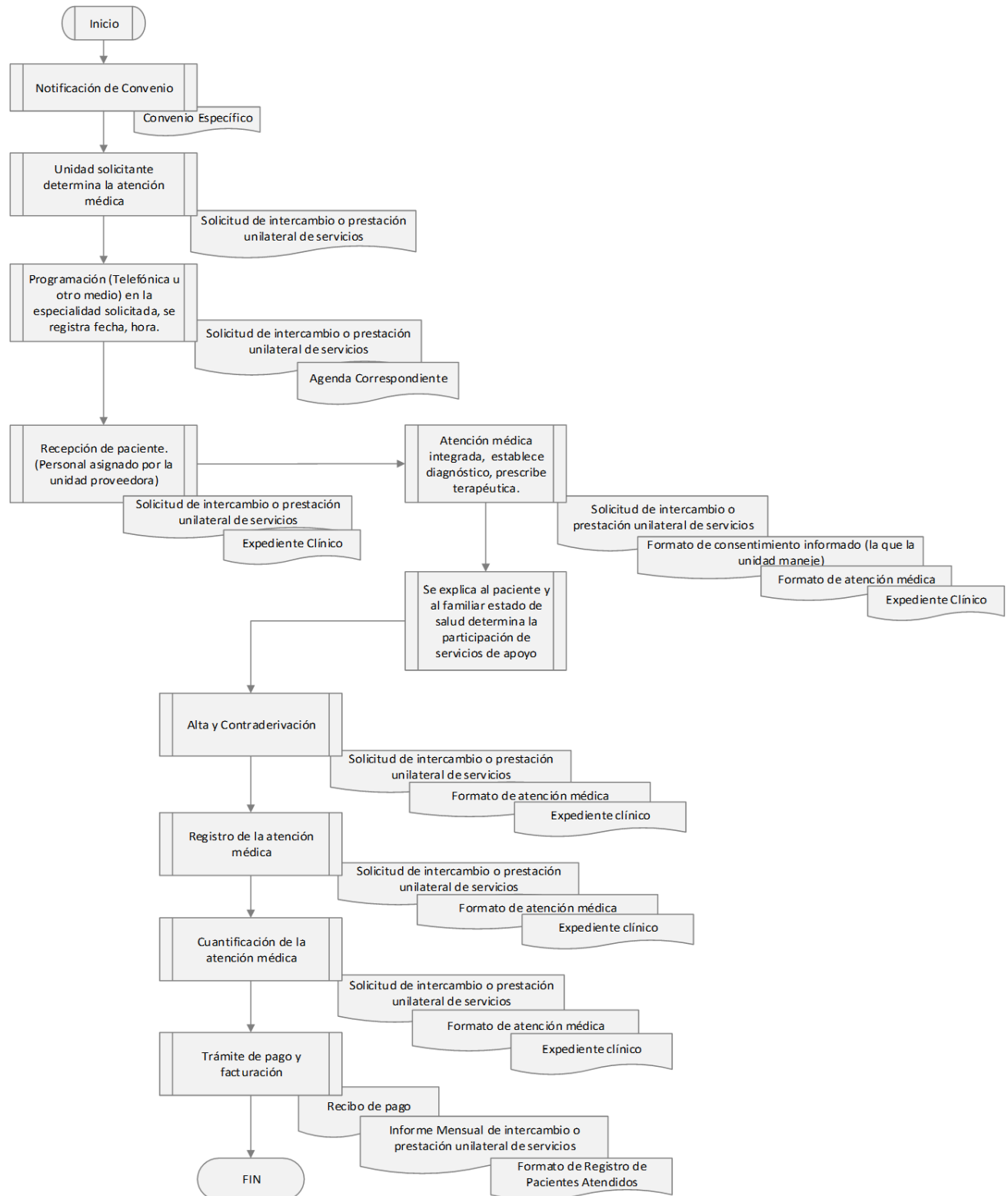
No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
7	Médico	Atención médica	Consulta externa	Requisita en el Formato de Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios (contraderivación), el resumen de la atención otorgada. Obtiene la firma 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	Formato de Atención Médica Comprobante de pago	Subdirector administrativo

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
				servicio.		
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



No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
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 C.1 Diagrama de Flujo para Consulta Externa



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

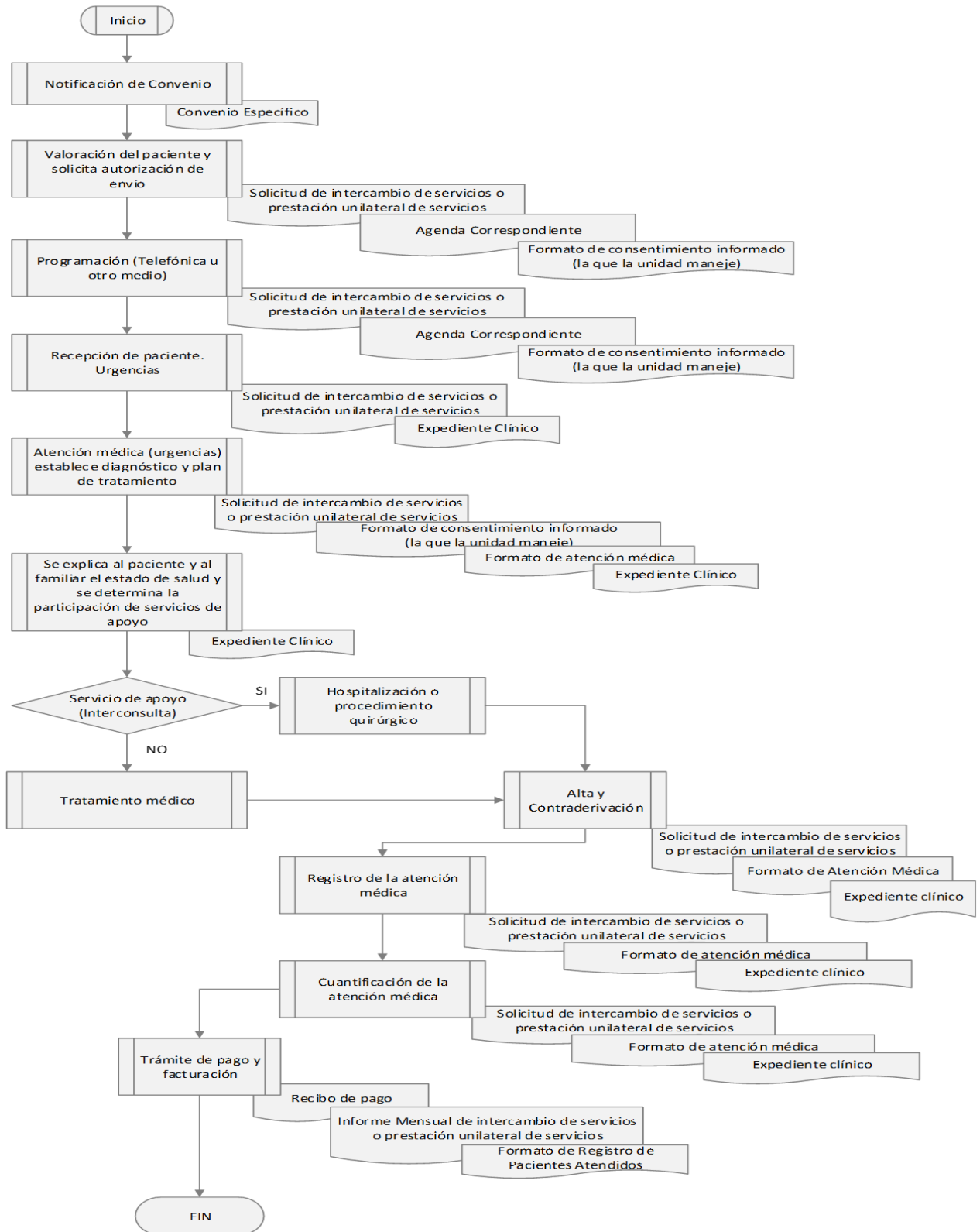
No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
1	Administrativo	Notificación del convenio firmado	Titular de las Jefaturas de Servicios Médicos (JSM) o Director de la Unidad.	Informa a la (s) unidad (es) la formalización del convenio.	Convenio Específico	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 C.2 Diagrama de Flujo para Urgencias



### Anexo C.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.



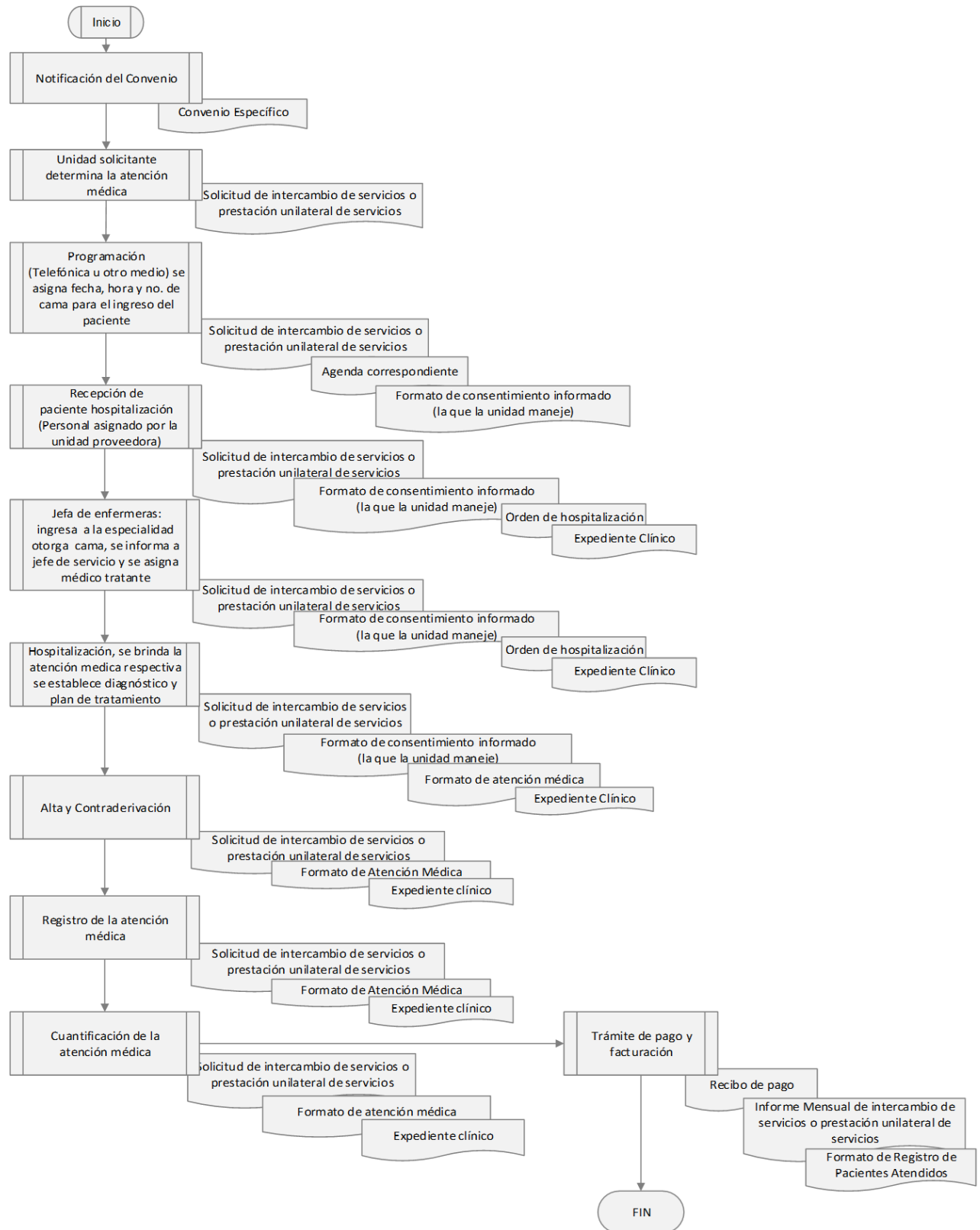
No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
4	Administrativo - Médico	Recepción de paciente	Admisión Hospitalaria	El paciente derivado (ambulatorio o en ambulancia) acude a la Unidad Médica Proveedora y presenta Solicitud de intercambio o prestación 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 revisa el 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 C.3 Diagrama de Flujo para Hospitalización



## Anexo C.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.

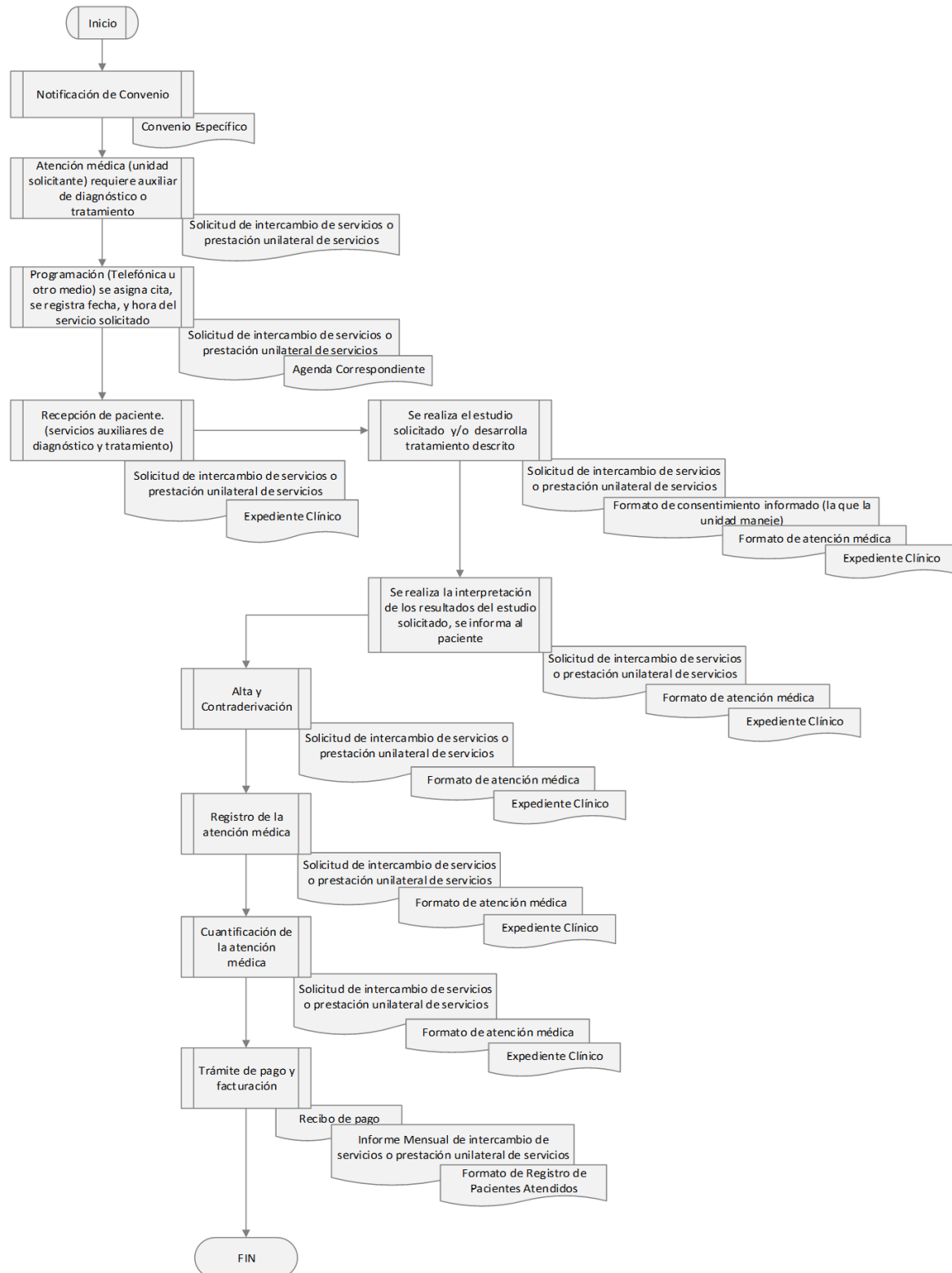
No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
6	Médico / Administrativo	Atención médica	Servicio de auxiliares de diagnóstico y/o tratamiento	Requisita la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, la interpretación de los resultados 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	Solicitud de servicios, formato de atención médica, comprobante de pago	Subdirector administrativo



No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
				original y dos copias): Expediente 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

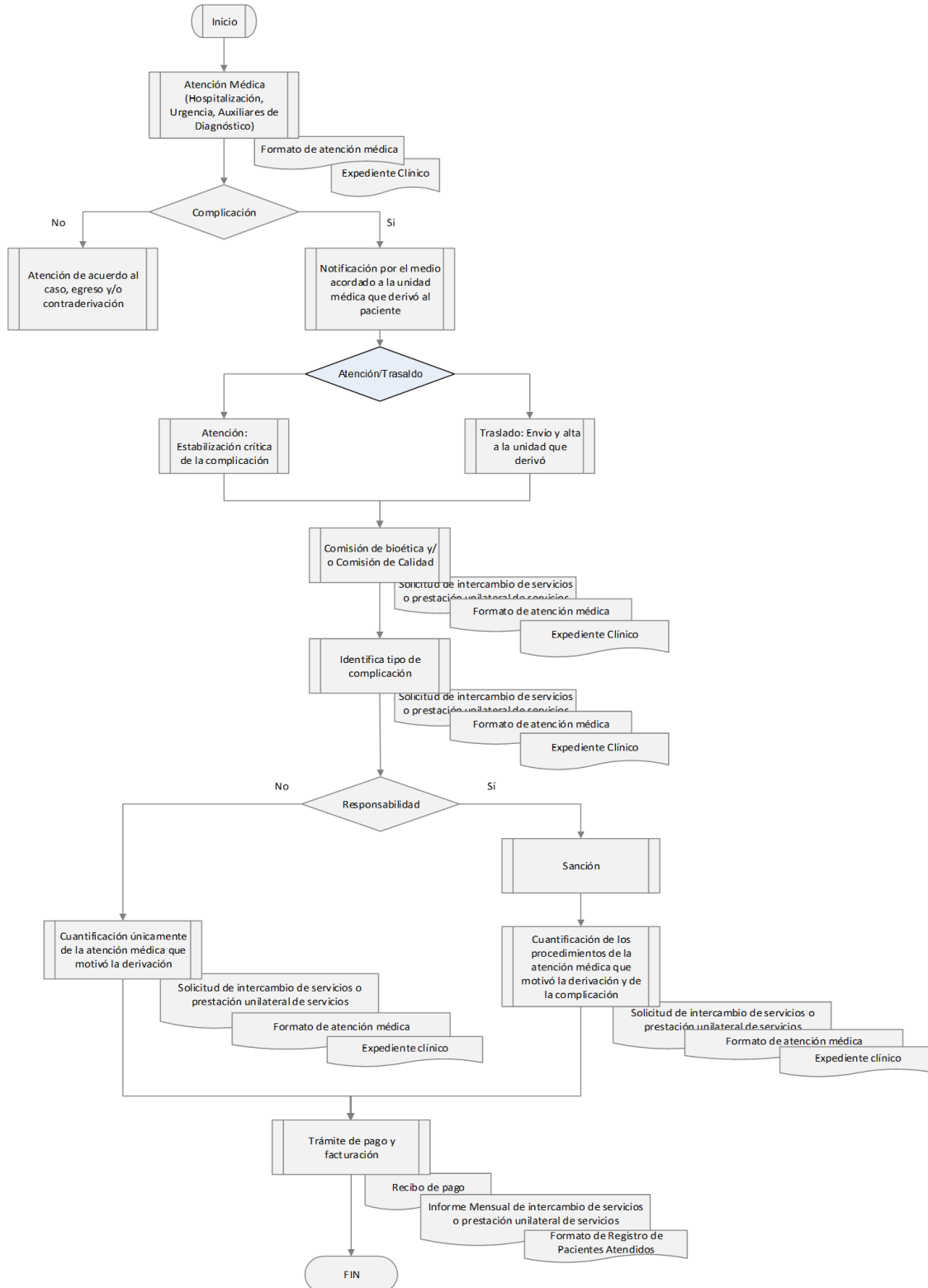
## Anexo C.4 Diagrama de Flujo para Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento



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





## Anexo D.1. Recibo de Pago

Recibo de Pago														F4-RP
(Debe ser llenado por la unidad que atendió)														
No. De Recibo:						No. de la solicitud y/o folio: (mismo número de la solicitud de intercambio de servicios)					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														

\* En el caso de complicaciones que involucren intervenciones que no se encuentren incluidas en el Catálogo de Intervenciones para el Intercambio de Servicios, éstas se registrarán en la variable correspondiente a "intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios"



## Anexo D.2 Informe Mensual de Intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica

[illegible]

\* En el caso de complicaciones que involucren intervenciones que no se encuentren incluidas en el Catálogo de Intervenciones para el Intercambio de Servicios, éstas se registrarán en la variable correspondiente a “intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios”



## Registro de Pacientes Atendidos por vía del Intercambio o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica

REGISTRO DE PACIENTES DE INTERCAMBIO O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA																																
Entidad Federativa:		Institución que reporta:			Fecha de reporte:		Período que reporta:		Institución, nombre, y cargo de las personas que elaboraron el reporte:																							
		SECRETARÍA DE SALUD							INSTITUCIÓN _____ NOMBRE _____ CARGO _____																							
No. de Registro Consecutivo		Datos de identificación del paciente		Datos de Derivación (solicitud de atención)						Datos de Atención (Contra derivación)																						
										Via de entrada (Marcar con una X)								Fecha de recepción	Institución que atiende (vende)	Nombre de la unidad médica	CLUES	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	
Código de identificación del paciente		Edad/ Sexo	Institución que deriva (solicita la atención)	Nombre de la unidad médica que solicita atención	CLUES 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)	Consulta externa	Urgencias	Hospitalización	Auxiliares de diagnóstico y tratamiento		Estudios Básicos, Laboratorio y Rayos X	Estudios Especializados	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

Firma de titulares de las Instituciones:\_\_\_\_\_



## Anexo E. Garantías de oportunidad en la prestación de los servicios de atención médica

Servicios y especialidades	Garantía de plazo en la atención
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



México 2020

---