

PRIMER CONVENIO MODIFICATORIO AL ACUERDO GENERAL DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO Y/O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, SUSCRITO EL 3 DE ABRIL DEL 2020, QUE CELEBRAN LA SECRETARÍA DE SALUD, EN ADELANTE LA "SECRETARÍA", POR CONDUCTO DE SU TITULAR, EL DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA; EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN ADELANTE EL "IMSS", REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, EL MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO; EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN ADELANTE EL "ISSSTE", REPRESENTADO POR SU DIRECTORA GENERAL, LA MTRA. BERTHA MARÍA ALCALDE LUJÁN; PETRÓLEOS MEXICANOS, EN ADELANTE "PEMEX", REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, EL ING. OCTAVIO ROMERO OROPEZA; Y SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR, EN ADELANTE "IMSS-BIENESTAR", REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, EL DR. ALEJANDRO ANTONIO CALDERÓN ALIPI; A QUIENES AL ACTUAR DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ LAS "PARTES", AL TENOR DE LOS SIGUIENTES CONSIDERANDOS, ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

CONSIDERANDOS

- I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce en su artículo 40, párrafo cuarto, el derecho humano que toda persona tiene a la protección de la salud, así como que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de dicha norma fundamental.
- II. El Plan Nacional de Desarrollo (**PND**) 2019-2024, publicado en el Diario Oficial de la Federación (**DOF**) el 12 de julio de 2019, prevé en su Eje General 2 "Política Social", 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.
- III. El Programa Sectorial de Salud (**PSS**) 2020-2024, publicado el 17 de agosto de 2020 en el **DOF**, considera como objetivos prioritarios, entre otros; (i) garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud; ello en concordancia con lo establecido en el artículo 29 de la Ley General de Salud (**LGS**); (ii) incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del Sistema Nacional de Salud (**SNS**) para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano, e; (iii) incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el **SNS**, especialmente, en las regiones con alta y muy



SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.

- IV.** En términos de los artículos 39, fracción I de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 7o., fracción I de la **LGS**, corresponde a la “**SECRETARÍA**” establecer y conducir la política nacional en materia de salud;
- V.** La **LGS**, en su artículo 1o., establece que esta reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud de la población; así como que sus disposiciones son de orden público e interés social.
- VI.** En términos de las fracciones I, II III y V, párrafo segundo del artículo 2o. de la **LGS**, son finalidades del derecho humano a la protección de la Salud: (i) el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; (ii) la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; (iii) la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social y; (iv) tratándose de personas sin seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

Asimismo, el artículo 7o., fracciones I y II de la **LGS**, establece que la coordinación del **SNS** está a cargo de la Secretaría de Salud, a la que le corresponde, (i) establecer y conducir la política nacional en materia de salud y la coordinación de los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; y (ii) coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen; para efectos de lo anterior, “**IMSS-BIENESTAR**” colaborará con la “**SECRETARÍA**”, en lo que respecta a la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social, en el marco del Sistema de Salud para el Bienestar.

En este sentido, en términos de lo dispuesto en los artículos 19 y 21 de la **LGS**, la Federación y los gobiernos de las entidades federativas, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, aportarán los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de los servicios de salubridad general, que queden comprendidos en los acuerdos y convenios de coordinación que al efecto se celebren, los cuales deberán contener, entre otras, las estipulaciones necesarias para la mejor prestación de los servicios.

- VII.** El artículo 35, segundo párrafo de la **LGS**, establece que los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios de salud públicos para la población en general en los términos de los convenios que para tal efecto se suscriban; esto en correlación con lo previsto con el artículo 58 de la Ley de los

Institutos Nacionales de Salud, mismo que establece que estos podrán celebrar contratos con personas morales de carácter nacional e internacional, público o privado a fin de que les proporcionen los servicios médicos y otros relacionados con su objeto que convengan, a cambio de una contraprestación que será fijada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16, fracción III de dicha Ley.

VIII. En términos del artículo 77 bis 5, apartado A), fracción I de la **LGS**, corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la “**SECRETARÍA**”, establecer y conducir la política nacional en materia de salud para el bienestar, bajo los principios de universalidad, progresividad y calidad en la cobertura, para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social, para lo cual se formulará por sí o por conducto de “**IMSS-BIENESTAR**” un programa estratégico en el que se defina la progresividad y la cobertura de servicios, así como el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, de conformidad con las disposiciones reglamentarias.

El artículo 77 bis 8 de la **LGS**, establece que las personas derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios prestados por “**IMSS-BIENESTAR**” ya sea por accesibilidad geográfica o por urgencia médica, en la operación de Convenios Específicos para el intercambio de servicios, en cuyo caso la institución de seguridad social deberá compensar los gastos correspondientes.

Los convenios de intercambio de servicios a que se refiere el párrafo anterior garantizarán la continuidad de la prestación de los servicios de atención médica y farmacéutica para las personas beneficiarias del Sistema de Salud para el Bienestar en las instituciones públicas del **SNS** que suscriban los referidos convenios con el “**IMSS-BIENESTAR**” a cambio de las contraprestaciones que acuerden, bajo un principio de reciprocidad.

ANTECEDENTES

- I. El 3 de abril de 2020 se suscribió por la “**SECRETARÍA**”, el “**IMSS**”, el “**ISSSTE**” y “**PEMEX**”, el Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica, en adelante el “**ACUERDO GENERAL**”, con el objeto de fijar los lineamientos generales y criterios operativo-administrativos, financieros y jurídicos en los procesos para el intercambio y/o la prestación unilateral de Servicios de Atención Médica hacia la universalización de los servicios de salud, entre los establecimientos médicos de la “**SECRETARÍA**”, del “**IMSS**”, del “**ISSSTE**”, y de “**PEMEX**”, considerando además a las entidades federativas, los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, los Federales de Referencia y demás instituciones del Sistema Nacional de Salud, una vez adheridas al mismo.

En ese sentido, a la fecha, se cuenta con las siguientes entidades e Instituciones del **SNS** adheridas al “**ACUERDO GENERAL**”:



SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Las Entidades Federativas de: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco y Tamaulipas.

Los Organismos Descentralizados Estatales: Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, Instituto Estatal de Oftalmología en el Estado de Guerrero, Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense, Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, Instituto Estatal de Cancerología "Dr. Arturo Beltrán Ortega" en el Estado de Guerrero, Hospital del Amistad en el Estado de Yucatán y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

Los Organismos Descentralizados de la Secretaría de Salud: Hospital Infantil de México "Federico Gómez", Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas", Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez", Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra", Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Hospital Juárez de México, Hospital General "Doctor Manuel Gea González".

El Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal, no sectorizado, denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar, "IMSS-BIENESTAR".

Que en el marco del "**ACUERDO GENERAL**" se han suscrito Convenios Específicos para el intercambio de servicios, los cuales se pueden consultar en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/>.

- II.** La Cláusula Vigésima Tercera del "**ACUERDO GENERAL**" denominada "**MODIFICACIONES**" establece que dicho Acuerdo puede ser modificado a solicitud de cualquiera de las "**PARTES**" y previa aprobación del "**COMITÉ NACIONAL**", debiendo constar por escrito dichas modificaciones mediante la realización del respectivo Convenio Modificadorio.
- III.** El 31 de agosto de 2022, se publicó en el **DOF** el *DECRETO por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar ("IMSS-BIENESTAR")*, en lo sucesivo el "**DECRETO**", con el objeto de brindar a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados, bajo criterios de universalidad e igualdad, en condiciones que les permitan el acceso progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación alguna, ya sea mediante el Modelo de Atención Integral a la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social o, en su caso, el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, mismo que debe considerar la atención



integral que vincule los servicios de salud y la acción comunitaria, según lo determine su Junta de Gobierno.

IV. El 7 de septiembre de 2022, se publicó en el **DOF** el *ACUERDO por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar*, programa derivado del **PND** y del **PSS**, y de conformidad con las disposiciones mencionadas, es un programa especial en el cual participan diversas instituciones del sector salud, para la implementación de la estrategia de federalización de los servicios de salud, a través del cumplimiento de los objetivos, estrategias y acciones para garantizar la atención a la salud y medicamentos gratuitos para todas las personas sin seguridad social, el rediseño del esquema fragmentado de la atención médica y la consecuente transformación del modelo correspondiente, siendo la Secretaría de Salud la institución responsable de coordinar la publicación, ejecución, seguimiento y evaluación del Programa.

El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, establece como su Objetivo 3: Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (**MAS-BIENESTAR**), que permita mejorar e incrementar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social.

Al efecto, el 25 de octubre de 2022, se publicó en el **DOF**, el *ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (**MAS-BIENESTAR**)*, como parte fundamental del referido Programa Estratégico, para llevar a cabo la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social, en concordancia con el artículo 77 bis 5, apartado A), fracción I de la **LGS**, y constituye un esquema de cuidados integrales que conjunta las estrategias, procesos, procedimientos, herramientas y recursos que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país, con énfasis en las personas sin seguridad social, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad, y calidad e incluye tanto los servicios personales como los de la salud colectiva. En este sentido, su implementación permitirá la aplicación de servicios de salud y de atención médica, así como su articulación con los servicios que ofrecen otras instituciones que conforman el **SNS**, favoreciendo los acuerdos y convenios institucionales necesarios para consolidarlo y que dichas instituciones colaboren de manera conjunta bajo un enfoque de equidad, efectividad y eficiencia, a fin de garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud de calidad, oportunos, contantes y permanentes y, el fortalecimiento de los planes y programas prioritarios impulsados por el Gobierno Federal.



El 11 de octubre de 2023, se publicó en el **DOF** el *DECRETO por el que se desincorporan por fusión el Centro y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad que se indican con el IMSS-BIENESTAR*, el cual ordena la desincorporación por fusión del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", y del Hospital





Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca con el “**IMSS-BIENESTAR**”, conforme a lo establecido en la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y su reglamento.

DECLARACIONES

I. La “**SECRETARÍA**” declara por conducto de su Titular, que:

I.1. Ratifica el contenido de los numerales I.1, I.2 y I.3 formuladas en el apartado de Declaraciones del “**ACUERDO GENERAL**”.

I.2. Para los fines y efectos legales del “**ACUERDO GENERAL**” y del presente instrumento jurídico, al cual se le denominará en lo sucesivo “**PRIMER CONVENIO MODIFICATORIO**”, señala como su domicilio el ubicado en la calle de Homero número 213, colonia Chapultepec Morales, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, código postal 11570, en la Ciudad de México.

II. Declara el “**IMSS**”, por conducto de su Director General, que:

II.1. Ratifica el contenido de los numerales II.1, II.2, II.3, II.4, II.5 y II.6, establecido en el apartado de Declaraciones del “**ACUERDO GENERAL**”.

III. El “**ISSSTE**” declara por conducto de su Directora General, que:

III.1. Ratifica el contenido de los numerales III.1, III.3 y III.4 formuladas en el apartado de Declaraciones del “**ACUERDO GENERAL**”.

III.2. La Mtra. Bertha María Alcalde Luján fue designada como su Directora General por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Andrés Manuel López Obrador, según consta en el nombramiento expedido en fecha 19 de febrero de 2024, por lo que cuenta con atribuciones jurídicas para celebrar el “**PRIMER CONVENIO MODIFICATORIO**”, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 220, fracción XI de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y 23, fracción XI del Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

IV. “**PEMEX**” declara por conducto de su Director General, que:

IV.1. Ratifica el contenido de los numerales IV.1, IV.2, IV.3 y IV.4 formuladas en el apartado de Declaraciones del “**ACUERDO GENERAL**”.

V. El “**IMSS-BIENESTAR**” declara por conducto de su Director General, que:

V.1. De acuerdo con lo dispuesto por los artículos 30., fracción I y 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en relación con el artículo 1 del “**DECRETO**”, es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal, no sectorizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio y autonomía técnica, operativa y de gestión, que tiene por objeto brindar a las personas sin afiliación a las instituciones de



seguridad social atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados, bajo criterios de universalidad e igualdad, en condiciones que les permitan el acceso progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación alguna, conforme a lo dispuesto por el artículo 2 del citado ordenamiento ejecutivo.

V.2. De conformidad con lo establecido en el artículo 5 del “**DECRETO**”, rige su organización, funcionamiento y operación, conforme a dicho ordenamiento, así como por la **LGS**, la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, su Estatuto Orgánico, sus respectivos reglamentos y demás normativa aplicable.

V.3. El Doctor Alejandro Antonio Calderón Alipi, fue designado como su Director General, conforme al nombramiento fechado el 28 de julio de 2023 y, en términos de lo dispuesto por los artículos 22, fracciones I y II y, 59, fracción I de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, en relación con los artículos 15, fracción I del “**DECRETO**”; 16 y 17 de su Estatuto Orgánico, representa legalmente a la institución con todas las facultades que corresponden, teniendo a su cargo la conducción y ejecución de las acciones de este.

En ese sentido, de acuerdo a lo establecido por los artículos 22, fracción I de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 15, fracción XVIII del “**DECRETO**”, en relación con los numerales 17, fracciones VI, VII y VIII de su Estatuto Orgánico, cuenta con atribuciones para suscribir convenios y acuerdos con las entidades federativas, así como con instituciones de cualquier orden de gobierno y organismos no gubernamentales para el cumplimiento de prioridades de atención a favor de la salud de la población objetivo y, para el intercambio de servicios a personas afiliadas a otras instituciones de salud, respectivamente.

V.4. Está inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con la clave SSI220901JS5.

V.5. Para los fines y efectos legales del “**PRIMER CONVENIO MODIFICATORIO**”, señala como su domicilio el ubicado en Calle de Gustavo E. Campa, número 54, colonia Guadalupe Inn, Demarcación Territorial Álvaro Obregón, código postal 01020, en la Ciudad de México.

VI. Declaran las “**PARTES**”, de manera conjunta que:

VI.1. Es su voluntad colaborar institucionalmente de la forma más amplia y respetuosa para el cumplimiento y desarrollo de las actividades consideradas en el “**ACUERDO GENERAL**” y en el “**PRIMER CONVENIO MODIFICATORIO**”, como una forma de optimizar la infraestructura y recursos disponibles en las instituciones públicas del **SNS**.

VI.2. Cuentan con los medios y los recursos necesarios para proporcionarse recíprocamente la colaboración y apoyo para la consecución del objeto materia del “**ACUERDO GENERAL**” así como de este “**PRIMER CONVENIO MODIFICATORIO**”.

VI.3. Durante la gestión y celebración de este “**PRIMER CONVENIO MODIFICATORIO**”, no incurrieron en actos de corrupción, ni tienen conocimiento que se hubieran realizado este tipo de actos, en relación con el mismo.



SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

VI.4. Conocen y cumplirán las leyes y obligaciones anticorrupción en todos los aspectos materiales.

VI.5. El presente “**PRIMER CONVENIO MODIFICATORIO**” no tiene cláusula alguna contraria a la ley, a la moral o a las buenas costumbres y, que para su celebración no media coacción alguna; consecuentemente, carece de dolo, error, mala fe o cualquier otro vicio del consentimiento que pueda afectar en todo o en parte, la validez del mismo.

Expuesto lo anterior, las “**PARTES**” manifiestan su voluntad en sujetarse conforme a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. - OBJETO. El presente instrumento jurídico tiene por objeto incorporar al “**ACUERDO GENERAL**” al “**IMSS-BIENESTAR**”, como una de las instancias federales directamente involucrada en su ejecución y cumplimiento, para lo cual han determinado:

- I) Modificar las cláusulas **PRIMERA.- “OBJETO”**, en sus párrafos primero, segundo y tercero; **SEGUNDA.- “DEFINICIONES”**, en sus párrafos décimo, décimo primero, décimo segundo, décimo sexto, vigésimo segundo y vigésimo quinto; **TERCERA.- “COMPROMISOS”**, en sus incisos b), c), f), g), h); **CUARTA.- “FINALIDADES DEL INTERCAMBIO O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA”**, en sus incisos b) y d); **SEXTA.- “CAPACIDAD DE LA OFERTA Y NECESIDADES DE SERVICIOS”** en sus párrafos primero y segundo; **SÉPTIMA.- “PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS”**, en sus párrafos primero y segundo; **OCTAVA.- “LINEAMIENTOS OPERATIVOS PARA EL INTERCAMBIO O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA”**, en sus incisos, f), h), i), j), k) y m); **DÉCIMA. “FORMA Y GARANTÍA DE PAGO”**, en sus párrafos segundo, tercero, cuarto y quinto; **DÉCIMA SEGUNDA.- EL “COMITÉ NACIONAL”**, párrafos primero y segundo y los incisos del e) al q); **VIGÉSIMA PRIMERA.- “COMUNICACIONES”**, en sus párrafos segundo y cuarto.
- II) Adicionar a las cláusulas **SEGUNDA.- “DEFINICIONES”** los párrafos tercero, séptimo, noveno, décimo tercero, décimo quinto, décimo octavo y vigésimo octavo; **TERCERA.- “COMPROMISOS”** el inciso j); **CUARTA.- “FINALIDADES DEL INTERCAMBIO O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA”** los incisos e) y f); **SÉPTIMA.- “PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS”**, los párrafos cuarto, quinto, sexto, séptimo, octavo, noveno, décimo y décimo primero; **OCTAVA.- “LINEAMIENTOS OPERATIVOS PARA EL INTERCAMBIO O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA”**, los incisos n), o), p), q) y r); **DÉCIMA SEGUNDA.- EL “COMITÉ NACIONAL”**, se adiciona un segundo, tercero, cuarto, sexto y séptimo párrafos, recorriendose los subsecuentes; **VIGÉSIMA PRIMERA.- “COMUNICACIONES”**, se adiciona un sexto párrafo.
- III) Derogar la cláusula **VIGÉSIMA SEGUNDA “TRANSICIÓN”** recorriendo la numeración de las subsecuentes; para quedar en los siguientes términos:

“PRIMERA.- OBJETO. El presente Acuerdo General, tiene por objeto fijar los lineamientos generales y criterios operativo-administrativos, financieros y

jurídicos en los procesos para el intercambio y/o la prestación unilateral de Servicios de Atención Médica hacia la universalización de los servicios de salud, entre los establecimientos médicos de la “**SECRETARÍA**”, del “**IMSS**”, del “**ISSSTE**”, de “**PEMEX**” e “**IMSS-BIENESTAR**”, así como de las Entidades Federativas, los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, los Federales de Referencia y demás instituciones del Sistema Nacional de Salud, una vez que se adhieran al mismo.

Lo anterior, a efecto de garantizar a la población el acceso efectivo, la calidad y oportunidad de los servicios de salud, a través de la definición y adopción por las “**PARTES**” del “Catálogo de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios” (**ANEXO 1**), así como los procedimientos e instrumentos médico-administrativos asociados a la atención médica planificada y de urgencias establecidos en el “Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios” (**ANEXO 2**), que forman parte integral del presente instrumento.

Adicionalmente, las “**PARTES**” podrán brindar atenciones médicas que no estén incluidas en el **ANEXO 1** y que se puedan proveer por las instituciones de salud que conforman al Sistema Nacional de Salud, lo cual quedará detallado en los Convenios Específicos que para tal efecto se formalicen.

SEGUNDA.- DEFINICIONES...

...
Acción intersectorial: Intervención coordinada de más de un sector institucional destinada a la mejora de la salud y el bienestar de la población, incluye acciones entre diferentes niveles de gobierno.

...
...
...

Códigos Médicos: Servicios de atención médica autorizados por el “**COMITÉ NACIONAL**” estructurados en forma de escenarios para la atención integral de las urgencias médicas de mayor impacto en la salud de la población, las cuales pueden implicar un alto costo.

...

Decreto de Creación: Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el BIENESTAR (IMSS-BIENESTAR), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto de 2022.

Derechohabiente: Usuario de los Servicios de Atención Médica, del “**IMSS**”, del “**ISSSTE**”, de “**PEMEX**” o de alguna otra institución de seguridad social que, en los términos de cada legislación, tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones médicas.



Derechos Humanos: Son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes.

Derivación y Contraderivación: Es el acto interinstitucional de remitir a un Paciente a una institución diferente a la de su derechohabiencia, o de la que sea beneficiario, para recibir la atención médica requerida, en el marco de un Convenio Específico de intercambio o prestación unilateral de servicios, así como contraderivar al paciente a la institución y unidad médica que lo envió, con los resultados correspondientes de su atención médica.

Estatuto: El Estatuto Orgánico de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. (IMSS-BIENESTAR) Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de septiembre de 2023.

...

IMSS-BIENESTAR: Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

Intercambio de Servicios y/o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica: La atención que se proporciona a la población en los establecimientos médicos, a partir de intervenciones convenidas con base en la capacidad instalada de cada unidad y bajo criterios de derivación o procesos de atención previamente establecidos, independientemente de la afiliación y la condición laboral de la persona.

...

Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR): Es el esquema de cuidados integrales que conjunta los recursos, herramientas, las estrategias, procesos y procedimientos que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país, con énfasis en las personas sin seguridad social, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad, y calidad e incluye los servicios personales y los de la salud colectiva.

...

...

...



SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Parte Proveedora del Servicio: Se refiere a la Institución que forma parte de este instrumento, y a las que se adhieran al mismo, que recibe a un Paciente de otra institución y le proporciona los servicios médicos requeridos para su tratamiento.

...
...
Servicios de Atención Médica: - Es el conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención, curación y cuidados paliativos de las enfermedades que afectan a los usuarios, así como de la rehabilitación de los mismos, que podrá ser otorgada en áreas de urgencias, consulta externa, hospitalización, quirúrgica, terapia intensiva, considerando estudios de gabinete y laboratorio.

...
...
Vigencia de derechos: Periodo de disfrute de los beneficios que otorga el "IMSS", el "ISSSTE" o "PEMEX" o alguna otra institución de seguridad social a la persona asegurada o pensionada y sus beneficiarios legítimos, durante el cual pueden exigir las prestaciones a las que tienen derecho."

TERCERA.- COMPROMISOS. ...

b) Tomar en consideración los criterios de acceso con calidad, oportunidad, capacidad y seguridad, definidos por la "SECRETARÍA", con la participación del "IMSS", del "ISSSTE", de "PEMEX" y del "IMSS-BIENESTAR", entre otras instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, que sean adoptados por acuerdo del órgano colegiado a que se hace referencia en la Cláusula Décima Segunda, en adelante el "COMITÉ NACIONAL", con base en la normativa vigente, y comunicados a las "PARTES", a fin de garantizar la prestación de Servicios de Atención Médica, requeridos para el cumplimiento del objeto de este instrumento jurídico.

c) Establecer las acciones necesarias para que los establecimientos médicos a su cargo de acuerdo a su nivel de resolución otorguen los servicios de atención médica a la población, con el propósito de garantizar, a través del intercambio de servicios entre las instituciones, el acceso efectivo a la atención oportuna y de calidad, independientemente de la afiliación y la condición laboral de la persona.

...
...
f) Solicitar el registro de los Convenios Específicos que se celebren, derivados del presente "ACUERDO GENERAL", ante el "COMITÉ NACIONAL", mediante el envío de un original o una copia totalmente legible y certificada por cualquiera

de las instituciones suscriptoras de los mismos, a su Secretario Técnico, a efecto de facilitar la evaluación y verificar el cumplimiento del objeto del presente instrumento.

g) Realizar las gestiones necesarias para llevar a cabo en tiempo y forma los pagos por concepto del intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica objeto del presente “**ACUERDO GENERAL**” y de los Convenios Específicos que, derivados de él, se celebren.

h) Elaborar un diagnóstico que permita la evaluación de las estrategias, tendientes a conocer y satisfacer las necesidades de los Servicios de Atención Médica de las personas con seguridad social y sin seguridad social.

...

j) Reconocer la validez de los estudios realizados por los prestadores de servicios públicos, siempre y cuando cumplan con los requerimientos de los procesos propios, como lo son informes médicos y/o expediente clínico, laboratorios clínicos, radiológicos o de imagen que pudieran ser aceptables o que se apeguen a los procesos de diagnóstico establecidos por los mismos.

CUARTA.- FINALIDADES DEL INTERCAMBIO O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ...

b) Cumplir con las garantías de Oportunidad de la Atención Médica, contenidas en el **ANEXO 2** del presente “**ACUERDO GENERAL**”, así como las acordadas por el “**COMITÉ NACIONAL**”.

...

d) Definir redes integradas de servicios de salud sectoriales y no sectorizadas, con base en la georreferencia de las unidades médicas y niveles de atención, con que cuenten, considerando la disponibilidad de servicios y equipamiento, para la derivación de los pacientes entre las instituciones médicas.

e) Proporcionar servicios de atención médica en un contexto planificado, mediante la derivación de los pacientes entre las unidades médicas de las instituciones suscriptoras o adheridas al presente “**ACUERDO GENERAL**”, previa verificación de su carácter de derechohabiencia (vigencia de derechos) de los pacientes, con base en los instrumentos médico-administrativos establecidos en el **ANEXO 2** relacionados con los formatos operativos para implementar el intercambio de servicios.”

f) Proporcionar servicios médicos en un contexto de urgencia médica de las enfermedades o patologías que determine el “**COMITÉ NACIONAL**” establecido en la cláusula Décima Segunda del presente “**ACUERDO GENERAL**”, a lo que se denominará “**Códigos Médicos**”.

Los “**Códigos Médicos**” se establecerán con base en las prioridades de salud de mayor impacto, que puedan implicar un alto costo o ante las emergencias sanitarias que afecten a la población del país, de acuerdo a los lineamientos generales que se establezcan en los Convenios Específicos de urgencias médicas que deriven del presente “**ACUERDO GENERAL**”.

Los “**Códigos Médicos**” que se determinen atender de forma sectorial a nivel nacional quedarán consensuados y establecidos en las sesiones del “**COMITÉ NACIONAL**” en el acta correspondiente. Asimismo, los convenios nacionales que se suscriban para la atención de la urgencia en cuestión, que sea por mandato de Ley, decreto o por ser parte de la política nacional de salud, cuya aplicación sea nacional, se sujetarán a lo establecido en el Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios, que se integra como **Anexo 2** al presente instrumento, independientemente de la adhesión de la entidad federativa al “**ACUERDO GENERAL**”. Por lo que todas las entidades federativas e instituciones que suscriban el convenio correspondiente están obligadas a llevar a cabo la prestación médica y la compensación de las atenciones brindadas, siempre y cuando la capacidad de oferta (cartera de servicios) y las necesidades de atención concuerden.

SEXTO.- CAPACIDAD DE LA OFERTA Y NECESIDADES DE SERVICIOS. Las “**PARTES**” determinarán, tomando en cuenta su infraestructura instalada y recursos disponibles, los establecimientos médicos, que dependan de ellas, deberán brindar las Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas contenidos en el **ANEXO 1** del presente “**ACUERDO GENERAL**”, así como las no contenidas en el referido anexo, considerando las necesidades y los requerimientos de los grupos de población bajo su responsabilidad, a fin de promover la suscripción de Convenios Específicos. En caso de sobresaturación de servicios, para el caso de los Hospitales e Institutos que atienden a no derechohabientes, privilegiarán la atención de éstos.

Esta información será hecha del conocimiento del “**COMITÉ NACIONAL**”, para su difusión con las instituciones del Sistema Nacional de Salud adheridas al “**ACUERDO GENERAL**”. El “**COMITÉ NACIONAL**”, podrá, con base en dicha información, proponer a las “**PARTES**” la suscripción de Convenios Específicos para garantizar la optimización de sus servicios e infraestructura instalada; con base en evidencia epidemiológica y criterios de viabilidad financiera que garantice el cumplimiento de objetivos.

SÉPTIMA.- PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS. Cualquier servicio que sea prestado en términos del presente “**ACUERDO GENERAL**” y los Convenios Específicos que de él se deriven, será brindado de manera oportuna y eficaz, considerando las condiciones del Paciente relativas a su edad y padecimiento preexistente, e independientemente de su lugar de residencia, condición social y seguridad social. Para tales efectos, las “**PARTES**” se obligan a establecer un sistema de derivación, contraderivación y los mecanismos de seguimiento y evaluación de la atención prestada a los pacientes a través de los Servicios de Atención Médica



intercambiados o prestados unilateralmente. Dichos sistemas deberán permitir el intercambio de información homogénea para la gestión de los servicios médicos entre las instituciones de salud.

Las “**PARTES**” deberán, en primer término, proporcionar la atención médica que corresponda a sus usuarios, en los establecimientos médicos que dependan de ellas. Solamente cuando no cuenten con la capacidad o el personal necesario para brindar el servicio oportuno y de calidad, procederán a derivar al paciente a otra de las instituciones del **SNS**, adheridas al “**ACUERDO GENERAL**” con base en los mecanismos para la derivación y contraderivación establecidos en el **ANEXO 2** del presente instrumento y de acuerdo con los servicios médicos establecidos en los Convenios Específicos que se suscriban para este fin.

En lugares geográficos en los cuales las “**PARTES**” carezcan de infraestructura médica para proporcionar los servicios médicos que requieran sus usuarios o asegurados y, por lo tanto, no cuenten con la capacidad para brindar el servicio de forma oportuna, las “**PARTES**” podrán establecer un Convenio Específico, definiendo el tipo y amplitud de servicios que se atenderán en esa localidad o zona geográfica, definiendo de común acuerdo la modalidad de compensación económica, así como el mecanismo de pago que se defina considerando la normatividad de cada institución. Asimismo, se establecerán en los convenios los mecanismos de corroboración de vigencia de derechos al momento de la atención médica y los documentos administrativos que deberán presentarse para el pago de los mismos en el Convenio Específico correspondiente.

Debido a que los pacientes de estas zonas geográficas no serán referidos por su institución de derechohabiencia o responsabilidad, no se presentará el formato de derivación por parte del paciente; sin embargo, la unidad médica de la institución que lo atendió deberá llenar y presentar para el pago de los servicios al menos los formatos de contra-derivación e informe mensual establecidos en el **ANEXO 2** del presente “**ACUERDO GENERAL**”, así como la documentación médica-administrativa correspondiente, incluyendo la que sustente la verificación de vigencia del paciente al momento del inicio de la atención médica recibida, que acuerden y se establezcan en los anexos de los Convenios Específicos que para este fin se suscriban.

Se prestarán servicios médicos de urgencias en un contexto integral en las patologías y enfermedades de los “**Códigos Médicos**” que se acuerden a nivel sectorial y que se establezcan en los Convenios Específicos derivados del presente “**ACUERDO GENERAL**”, considerando los procesos médico-administrativos establecidos en el **ANEXO 2** para esta modalidad de convenio.

Debido a que el paciente en la urgencia de la patología o enfermedad acordada en el Convenio Específico correspondiente, podrá llegar de forma espontánea a cualquier unidad médica de las instituciones suscriptoras, no requerirá del formato de derivación para ingresar a su atención médica. Una vez concluida

con la atención, la unidad médica que atendió al paciente, previa verificación de derechos en caso de que aplique, deberá llenar el formato de contraderivación, establecido en el **ANEXO 2** del presente “**ACUERDO GENERAL**”, como sustento de la atención proporcionada a fin de cuantificar los servicios prestados con base en las tarifas establecidas en los Convenios Específicos nacionales o locales suscritos en este contexto.

Para el caso de los pacientes de cualquier institución de seguridad social que sean parte integrante del Acuerdo General y soliciten atención médica de urgencias en las patologías o enfermedades derivadas de los “**Códigos Médicos**” establecidos en los Convenios Específicos nacionales o locales en unidades médicas diferentes a la institución de su derechohabiencia, deberán ser identificados por la institución de salud de que se trate como beneficiarios de dichos servicios con base en lo que se establece en el Convenio Específico de Colaboración para el Intercambio de Información que en el marco de la prestación gratuita de Servicios Públicos de Salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social que se suscribió por parte del “**IMSS**” e “**ISSSTE**” con las Instituciones que realizan la Prestación Gratuita de Servicios Públicos de Salud el 9 de agosto de 2021.

Las instituciones no adheridas al convenio referido podrán adherirse en cualquier momento al mismo conforme a lo especificado en la Cláusula Cuarta de dicho instrumento jurídico.

La atención de pacientes en situaciones de urgencia médica de enfermedades, patologías o situaciones no establecidas en los Convenios Específicos nacionales o locales, se proporcionará con base en lo establecido en el artículo 55 de la **LGS** (ARTICULO 55.- Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidarán, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a otras instituciones) y se sujetaran a las leyes, reglamentos y normatividad interna que en cada institución procedan, tanto para la atención médica como para la recuperación económica de los servicios prestados.

Para identificar la modalidad de acceso a los servicios de salud de los pacientes en las instituciones de salud, se suscribirán Convenios Específicos nacionales o locales independientes en el ámbito del intercambio de servicios, considerando las siguientes modalidades:

- 1) Planificada, mediante el cual se establecerán los mecanismos para la atención médica referida entre las unidades médicas de las instituciones de salud.
- 2) Por falta de infraestructura de alguna institución en regiones geográficas focalizadas.
- 3) Por urgencia integral de las enfermedades o patologías especificados en los “**Códigos Médicos**” que en su momento apruebe el “**COMITÉ**



SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

NACIONAL” al que se refiere la cláusula **DÉCIMA SEGUNDA** del presente **“ACUERDO GENERAL”**, de los cuales se podrá llevar a cabo Convenios Específicos de aplicación nacional o estatal.

OCTAVA.- LINEAMIENTOS OPERATIVOS PARA EL INTERCAMBIO O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

...

...

...

...

...

...

f) En lo referente a los gastos de traslado de los pacientes derivados y contraderivados a otras instituciones de salud que requieran los servicios, éstos correrán siempre, sin excepción alguna, a cargo de la Parte Solicitante de dichos servicios. Para el caso de los pacientes espontáneos que soliciten servicios de urgencias en unidades médicas distintas a las de su derechohabiencia, de las enfermedades y patologías definidas en los “**Códigos Médicos**” establecidas en los Convenios Específicos nacionales o locales que deriven del presente **“ACUERDO GENERAL”**, el pago de los gastos de traslado se sujetará a lo establecido en dichos Convenios Específicos. Los pacientes que usen servicios médicos de urgencias sin Convenio Específico de por medio, se sujetarán a lo establecido en los reglamentos aplicables de cada institución.

...

h) Para el otorgamiento de la atención médica, se deberá utilizar el personal de acuerdo con el nivel de atención requerido, los medicamentos e insumos esenciales que formen parte de la lista aprobada por cada ente de prestación de servicios, el instrumental y equipo médico adecuado para el padecimiento de que se trate, de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica o los Protocolos de Atención, de existir éstos, siempre y cuando se encuentren autorizados en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud y conforme a la legislación aplicable a cada una de las instituciones prestadoras de servicios.

i) En caso de que a los pacientes a los que se les haya otorgado atención médica hospitalaria se les presente alguna complicación relacionada con las intervenciones realizadas, se seguirá el procedimiento que el **“COMITÉ NACIONAL”** establezca, a fin de que se emita un dictamen que determine la responsabilidad, las causas de la complicación en la salud de dichos pacientes y las erogaciones que resulten por los procedimientos posteriores que se requieran efectuar. El pago de las complicaciones atendidas estará sujeto al aviso de atención realizado por la unidad médica prestadora, en caso de que esto no haya sido posible, por estar en riesgo la vida del paciente, se llevará a cabo una vez que haya sido conciliado y aceptado por la institución solicitante.



SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

El pago de los servicios de las intervenciones no contenidas en los anexos de los Convenios Específicos se realizará una vez que hayan sido aprobados y validados por la parte solicitante de los servicios tanto en el aspecto médico como de las tarifas con las que se cuantificaron los servicios, dentro del tiempo establecido. Transcurrido dicho término sin pronunciamiento alguno de la parte solicitante, se tendrán aprobados y validados.

j) Aplicar los recursos obtenidos del intercambio o prestación unilateral de los Servicios de Atención Médica en los establecimientos médicos que los otorgaron, de acuerdo a la normativa interna de cada una de las “**PARTES**”, para mejorar la atención médica que proporcionan, o bien, destinar los recursos conforme a sus necesidades previo cumplimiento de la legislación aplicable y normatividad interna de cada Institución.

k) Instaurar en sus establecimientos médicos, para el caso de los pacientes referidos entre las instituciones suscriptoras, mecanismos ágiles para la Derivación pronta y eficaz, así como para una Contraderivación oportuna y de calidad, utilizando para ello la solicitud de intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica, contenida en el “Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios”, que se integra como **ANEXO 2** del presente “**ACUERDO GENERAL**”.

...

m) Promover al interior de sus instalaciones médicas, esquemas para garantizar el trato al paciente con respeto, consideración, enfoque en equidad de género e interculturalidad basado en los derechos humanos y, establecer procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos.

n) Instaurar en sus establecimientos médicos los mecanismos que permitan identificar la derechohabiencia o la falta de ésta de los pacientes que soliciten la atención médica de urgencia de forma espontánea en unidades médicas distintas a las de su institución de afiliación o uso, de las enfermedades o patologías de los “**Códigos Médicos**” establecidos en los Convenios Específicos que se suscriban para este fin.

o) Establecer los mecanismos de comunicación entre las instituciones públicas para la atención de las urgencias no establecidas en los convenios específicos considerando lo que establece la **LGS** y las Leyes y Reglamentos de cada institución, así como orientar a los pacientes que soliciten atención médica no urgente en unidades médicas que no sean de su derechohabiencia, o de la que no sean beneficiarios, a fin de que sean remitidos a sus instituciones de afiliación.

p) Las Instituciones adheridas al “**ACUERDO GENERAL**” y sus unidades médicas deberán sujetarse a los mecanismos médicos-administrativos y a los



SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

lineamientos establecidos en dicho acuerdo para la celebración y operación de los convenios específicos que se suscriban, respetando las tarifas máximas referenciales de las intervenciones contenidas en el **ANEXO 1**, las cuales pueden ser ajustadas exclusivamente a la baja. Debido a que, para las intervenciones no contenidas en el anexo referido no existen tarifas de referencia, las **"PARTES"** en las entidades federativas definirán los precios a aplicar para este tipo de intervenciones.

q) La operación de los convenios específicos nacionales o locales para la prestación de los servicios de urgencias de los **"Códigos Médicos"** que se deriven del presente **"ACUERDO GENERAL"**, operarán hasta que se cuente con un sistema de registro sectorial de las atenciones médicas para la validación de los servicios y compensación económica de los mismos, con base en el desarrollo tecnológico que ponga en operación la **"SECRETARÍA"**.

r) Para el pago de los servicios de los pacientes derechohabientes de las instituciones de seguridad social atendidos en instituciones diferentes a la de su derechohabiencia que deriven de los convenios de urgencias nacionales o locales de los **"Códigos Médicos"**, la institución de salud que proporcionó el servicio deberá presentar evidencia impresa de la consulta de identificación de vigencia al momento de la prestación médica, que genera el servicio web, al que hace referencia el Convenio de Colaboración para el Intercambio de Información especificado en la cláusula séptima del presente **"ACUERDO GENERAL"**.

DÉCIMA.- FORMA Y GARANTÍA DE PAGO...

Las Tarifas Máximas Referenciales Sectoriales establecidas en el **ANEXO 1** del presente instrumento, se actualizarán en enero de cada año, de acuerdo con la inflación general anual proveniente del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), del año inmediato anterior, excepto cuando alguna de las **"PARTES"** considere que algún servicio específico requiere de una revisión en su costo, en cuyo caso, éste se actualizará conforme a lo que indique dicha revisión realizada por el **"COMITÉ NACIONAL"**.

La revisión, actualización, modificación o adición, será comunicada de manera escrita a las **"PARTES"** y formarán parte integral del presente **"ACUERDO GENERAL"**, así como de los Convenios Específicos que deriven de éste, sin la necesidad de realizar un convenio modificatorio, siempre y cuando las intervenciones establecidas en los anexos 1 y 2 de dichos Convenios Específicos no cambien. En caso de adicionar y/o eliminar intervenciones o, ajustar las tarifas de los anexos de los Convenios Específicos en un porcentaje diferente a la variación del INPC que el **"COMITÉ NACIONAL"** comunique a las **"PARTES"**, será necesario llevar a cabo el convenio modificatorio correspondiente.

Cuando una persona sin cobertura de seguridad social del **"IMSS"**, del **"ISSSTE"**, de **"PEMEX"** o de algún otro esquema de seguridad social, ya sea porque perdió

su vigencia de derechos o porque no ha tenido afiliación a estas instituciones adheridas al “**ACUERDO GENERAL**”, sea atendido en cualquier establecimiento de salud del “**IMSS**”, del “**ISSSTE**”, de “**PEMEX**” o de algún otro esquema de seguridad social, al amparo de la operación de los Convenios Específicos que se deriven del presente “**ACUERDO GENERAL**”, el pago por las cantidades que resulten por la prestación de los servicios estará a cargo de la Entidad Federativa que derive al paciente o del “**IMSS-BIENESTAR**”, dependiendo si la Entidad Federativa ha realizado el proceso de transferencia de recursos a este organismo y una vez que éste haya suscrito el convenio específico correspondiente, de lo contrario el pago de los servicios seguirá a cargo de los Servicios de Salud Estatales, a través de su Entidad Federativa.

Los Convenios Específicos que se celebren al amparo del presente “**ACUERDO GENERAL**”, deberán especificar las garantías de pago de cada Institución, incluyendo la garantía de los Servicios Estatales de Salud o, a falta de esta, se considerará su adhesión como la garantía de pago correspondiente, así como la garantía de pago del “**IMSS-BIENESTAR**” cuando este sea responsable en su totalidad de los recursos médicos, materiales y financieros transferidos y suscriba convenios en este ámbito.

DÉCIMA SEGUNDA.- El “COMITÉ NACIONAL”. Las “**PARTES**” conformarán en un plazo no mayor a treinta días naturales a partir de la firma del presente “**ACUERDO GENERAL**”, un Comité, que estará integrado por un miembro del “**IMSS**”, uno del “**IMSS-BIENESTAR**”, uno del “**ISSSTE**”, uno de “**PEMEX**” 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 (CCINSHAE) y, uno por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en su calidad de asesor; estos tres últimos dependientes de la “**SECRETARÍA**”. De ser el caso, un representante del total de los servicios estatales de salud adheridos al presente Acuerdo General, donde no se haya realizado la transferencia de recursos al “**IMSS-BIENESTAR**” nombrado anualmente, de manera rotatoria, por el “**COMITÉ NACIONAL**”.

EL COMITÉ NACIONAL, se conforma por las siguientes designaciones: un (1) Presidente, correspondiendo esta investidura al Titular de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; ocho (8) Vocales, quienes serán: a) Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social; b) Titular de la Dirección Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; c) Titular de la Subdirección de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos; d) Integrante designado por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad; e) Un Titular de los Servicios Estatales de Salud designado por el Consejo Nacional de Salud y con nombramiento rotatorio de un año; f) Un segundo Titular de los Servicios Estatales de Salud designado por el Consejo Nacional de Salud y con nombramiento rotatorio de un año; g) Titular de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar



SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

IMSS-BIENESTAR; y h) Titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Correspondiéndoles el derecho a voz y voto.

O Integrante titular homólogo al actualmente designado por la Institución a quien representa, con la facultad de toma de decisiones.

Asimismo, Con derecho a voz, pero sin voto: Un (1) Secretario técnico, quien designe el Titular de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud con nivel no inferior a Director de Área; y Un (1) Asesor, designado por el Titular de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Una vez adheridos al presente Acuerdo General los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Federales de Referencia, quedarán representados ante el **"COMITÉ NACIONAL"** por el integrante designado por la CCINSHAE.

En los casos de las entidades federativas y así como los Hospitales Regionales de Alta Especialidad adheridas al presente **"ACUERDO GENERAL"** que hayan completado su transferencia de recursos médicos y financieros al **"IMSS-BIENESTAR"**, estos quedarán representados en el **"COMITÉ NACIONAL"** por el miembro del **"IMSS-BIENESTAR"**.

Adicionalmente, el **"COMITÉ NACIONAL"** a través de sus Reglas Internas de Operación podrá estipular la incorporación de otros miembros que se estimen convenientes, a solicitud de alguno de sus integrantes.

...

...

...

...

e) Proponer los modelos de Convenio Específico por modalidad de acceso de los pacientes a los servicios de salud para la suscripción de nuevos convenios, así como el modelo del convenio modificatorio para aquellas entidades que ya cuenten con un convenio previo.

f) Evaluar y dar seguimiento al cumplimiento de los objetivos del presente **"ACUERDO GENERAL"**.

g) Mantener disponible la información médica y administrativa que se desprenda de la ejecución del presente **"ACUERDO GENERAL"**.

h) Promover la conformación de grupos colegiados, que permitan facilitar la implementación de instrumentos y herramientas para el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica, con la debida representación de las **"PARTES"**.

i) Integrar el informe anual a que se refiere la Cláusula Décima Tercera.

- j) Revisar cualquier aspecto operativo o práctico que deba ser modificado, para una mejor aplicación de los términos y condiciones estipulados en el presente Instrumento.
- k) Aprobar la adopción de los criterios mínimos de calidad, capacidad y seguridad propuestos por la “**SECRETARÍA**”, con la participación del “**IMSS**”, “**ISSSTE**”, “**PEMEX**” e “**IMSS-BIENESTAR**” y otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, conforme a la normativa vigente y comunicarlos a las “**PARTES**”, a fin de garantizar el acceso y la oportunidad en la prestación de Servicios de Atención Médica.
- l) Acordar las garantías de Oportunidad de la Atención Médica.
- m) Realizar el diagnóstico de oferta y demanda de servicios a nivel sectorial mediante las herramientas automatizadas o manuales diseñadas para este fin y que serán adoptadas por todas las instituciones adheridas, así como difundir los resultados de la oferta y necesidades de servicios de las “**PARTES**”, a fin de promover, en beneficio de la salud de la población, la suscripción de Convenios Específicos entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
- n) Determinar 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 derivados por otras instituciones de salud y las erogaciones que resulten por los procedimientos posteriores a su atención médica.
- o) Emitir los lineamientos para la atención de las quejas de los usuarios que deriven del presente “**ACUERDO GENERAL**”, tomando en consideración las disposiciones jurídicas aplicables a las “**PARTES**”.
- p) Conocer y resolver las controversias o desacuerdos relacionados con la ejecución del presente “**ACUERDO GENERAL**”, con base en el principio de conciliación entre las partes; priorizando su protección financiera y el derecho a la protección de la salud de los usuarios.
- q) Las demás que de común acuerdo determinen las “**PARTES**” a través del propio “**COMITÉ NACIONAL**”.

VIGÉSIMA PRIMERA.- COMUNICACIONES. ...

Para la “**SECRETARÍA**”:

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

Av. Marina Nacional número 60, piso 11, Colonia Tacuba, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, Código Postal 11410, Ciudad de México.

...

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron validados por la persona titular de la Dirección Jurídica, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 75 fracción III del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en el dictámen elaborado por la División de Dictámenes Jurídicos de Contratos y Convenios, de la Coordinación de Legislación y Consulta, de la Unidad de Asuntos Consultivos y de Atención a Órganos Fiscalizadores. En consecuencia, se registró el número: DODICICO 2024-010.



Para el “**ISSSTE**”:

La Dirección Estratégica de Información, Supervisión y Evaluación.

Av. Jesús García Corona 140, 6º piso, Ala A, Colonia Buenavista, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, código postal 06350, Ciudad de México

...

Para el “**IMSS-BIENESTAR**”

La Unidad de Atención a la Salud.

Calle de Gustavo E. Campa, número 54, colonia Guadalupe Inn, demarcación territorial Álvaro Obregón, código postal 01020, en la Ciudad de México.

...

...

“VIGÉSIMA SEGUNDA.- MODIFICACIONES....”

“VIGÉSIMA TERCERA.- JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA...”

SEGUNDA.- DE LAS MODIFICACIONES. Las modificaciones efectuadas a través del “**PRIMER CONVENIO MODIFICATORIO**” al “**ACUERDO GENERAL**” surtirán efectos a partir de la fecha de su suscripción, quedando las “**PARTES**”, obligadas al cumplimiento del mismo desde ese momento.

Con excepción de lo modificado a través del presente “**PRIMER CONVENIO MODIFICATORIO**”, las “**PARTES**” están de acuerdo y manifiestan que el “**ACUERDO GENERAL**” subsiste en todos sus términos, por lo que no existe novación alguna al mismo, formando éstos y el presente convenio modificadorio, una sola unidad contractual.

TERCERA. – JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA. Para la interpretación y cumplimiento de este instrumento jurídico, así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado, las “**PARTES**” acuerdan someterse a lo establecido en la Cláusula Décimo Séptima del “**ACUERDO GENERAL**”.

Para lo no resuelto en la instancia referida en el párrafo que antecede, las “**PARTES**” acuerdan someterse a la Leyes Federales y a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes de la Ciudad de México, renunciando a cualquier otro fuero presente o futuro que por razón de su domicilio les pudiera corresponder.

Previa lectura y debidamente enteradas las “**PARTES**” del contenido, alcance y fuerza legal del presente “**PRIMER CONVENIO MODIFICATORIO**”, en virtud de que se ajusta a la expresión de su libre voluntad y que su consentimiento no se encuentra afectado por

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron validados por la persona titular de la Dirección Jurídica en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 75 fracción III del Reglamento Interno del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en el dictamen elaborado por la División de Dictámenes Jurídico de Contratos y Convenios de la Coordinación de Legislación y Consulta, de la Unidad de Asuntos Consultivos y de Atención a Órganos Fiscalizadores. En consecuencia, se registró bajo el número: DCPBC/DO/24-015.



dolo, error, mala fe, ni otros vicios de la voluntad, lo firman y rubrican ratificando con ello todas sus partes, en seis (6) ejemplares originales en la Ciudad de México, a los veintidós días del mes de abril del año dos mil veinticuatro.

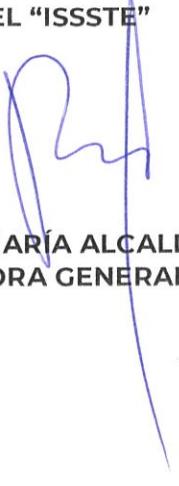
POR LA "SECRETARÍA"


DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA
 SECRETARIO DE SALUD

POR EL "IMSS"


MTR. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
 DIRECTOR GENERAL

POR EL "ISSSTE"


MTRA. BERTHA MARÍA ALCALDE LUJÁN
 DIRECTORA GENERAL

POR "PEMEX"


ING. OCTAVIO ROMERO OROPEZA
 DIRECTOR GENERAL

POR "IMSS-BIENESTAR"


DR. ALEJANDRO ANTONIO CALDERÓN ALIPI
 DIRECTOR GENERAL

LAS FIRMAS QUE ANTECEDEN FORMAN PARTE DEL PRIMER CONVENIO MODIFICATORIO AL ACUERDO GENERAL DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO Y/O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, SUSCRITO EL 3 DE ABRIL DEL 2020, QUE SUSCRIBEN LA "SECRETARÍA", EL "IMSS", EL "ISSSTE", "PEMEX" Y EL IMSS BIENESTAR, EL 22 DE ABRIL DE 2024.