



SALUD



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



CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS, QUE CELEBRAN LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TAMAULIPAS, POR CONDUCTO DE LA DRA. GLORIA DE JESUS MOLINA GAMBOA, EN SU CARÁCTER DE SECRETARIA DE SALUD Y DIRECTORA GENERAL DEL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DE TAMAULIPAS Y LA DRA. LILIA ELENA MONROY RAMIREZ DE ARELLANO, EN SU CARÁCTER DE DIRECTORA GENERAL DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE TAMAULIPAS, A QUIENES EN LO SUCESIVO SE LES DENOMINARÁ CONJUNTAMENTE “LA ENTIDAD”; EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”, REPRESENTADO POR EL DR. VICENTE ENRIQUE FLORES RODRÍGUEZ, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO “EL HRAEV”; EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, REPRESENTADO POR EL DR. ROBERTO JAIME HERNÁNDEZ BÁEZ, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA DELEGACIÓN REGIONAL TAMAULIPAS, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO “EL IMSS”; EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL DR. JUAN GUILLERMO MANSUR ARZOLA, EN SU CARÁCTER DE DELEGADO ESTATAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “EL ISSSTE”, Y EJECUTIVO FEDERALPOR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD, A TRAVÉS DE LA SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD Y DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, A QUIENES EN LO SUCESIVO SE LES DENOMINARÁ COMO “LA SECRETARÍA”, ACTUANDO POR MEDIO DE SUS RESPECTIVOS TITULARES, DR. JOSÉ MELJEM MOCTEZUMA Y DR. GABRIEL JAIME O’SHEA CUEVAS, LAS QUE ACTUANDO DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ COMO “LAS PARTES”, AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

ANTECEDENTES

I. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en la meta nacional México Incluyente, establece que para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, es necesario ir más allá del asistencialismo y conectar el capital humano con las oportunidades que genera la economía en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía.

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]

Para ello, la presente Administración ha venido poniendo especial énfasis en proveer una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos y evite que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía, sean un factor determinante en su desarrollo, es decir, en materia de salubridad, el objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud para llevar a la práctica el derecho constitucional de protección a la salud.

II. El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, establece como parte de sus objetivos, estrategias y líneas de acción, el asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, mediante la utilización de todos los recursos al alcance del Estado para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, que permita responder a sus necesidades.

III. Conforme a lo anterior, con fecha 2 del mes de marzo de dos mil diecisiete, los titulares de “EL IMSS”, “EL ISSSTE” y “LA SECRETARÍA” suscribieron el “Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios”, en adelante “**ACUERDO GENERAL**”, con el objeto de fijar los lineamientos para el intercambio o la prestación unilateral de Servicios de Atención Médica entre las unidades médicas de “EL IMSS”, “EL ISSSTE”, “LA SECRETARÍA” y demás instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, una vez que se adhieran al mismo, para garantizar a la población el acceso efectivo, la calidad y oportunidad de los servicios de salud.

DECLARACIONES

I. “LA ENTIDAD” DECLARA QUE:

I.1. La Secretaría de Salud es una dependencia del Gobierno del Estado de Tamaulipas, es responsable de la coordinación del Sistema Estatal de Salud, así como de impulsar integralmente los programas de salud en el Estado y le corresponde el despacho, entre otros asuntos, de ejercer las funciones que a las entidades federativas señala la Ley General de Salud, así como las que en virtud de convenios sean descentralizadas por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal; proponer al Ejecutivo del Estado las políticas y los programas de coordinación con las autoridades federales y municipales en materia de salud, prevención específica y

atención médica social; promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Gobernador del Estado, de conformidad con el Manual de Organización de la Secretaría de Salud, la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas y los artículos 1 y 32 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tamaulipas.

- I.2. Los Servicios de Salud de Tamaulipas es un Organismo Público Descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado a la Secretaría de Salud, y que tiene como objeto ejercer las funciones transferidas por la Secretaría de Salud de la Federación, con el fin de prestar servicios de salud a población abierta en el Estado, en cumplimiento a lo dispuesto por la Ley General de Salud, la Ley de Salud para el estado de Tamaulipas, el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud y demás disposiciones aplicables, de conformidad con el artículo 1 y 2 del Decreto gubernamental mediante el cual fue creado, publicado en el Periódico Oficial del Estado de Tamaulipas número 17 de fecha 27 de febrero de 1999, reformado mediante Decreto Gubernamental de fecha 7 de febrero del 2013.
- I.3. La Dra. Gloria de Jesús Molina Gamboa, es Secretaria de Salud y Directora General del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Tamaulipas y acredita su cargo con el nombramiento del 20 Abril del 2017 otorgado por el Gobernador Constitucional del Estado de Tamaulipas, Lic. Francisco Javier García Cabeza de Vaca y se encuentra facultada para firmar el presente convenio de conformidad con los artículos 13 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tamaulipas, 6°, fracción II; 10 y 11, fracción I, X, XI, del Decreto Gubernamental mediante el cual se crea el Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal Servicios de Salud de Tamaulipas.
- I.4. Para el debido cumplimiento y desarrollo de sus actividades, cuenta con los recursos técnicos, humanos y financieros necesarios, así como con la experiencia y capacidad requeridas para dar cumplimiento a los compromisos establecidos en el presente instrumento.
- I.5. Es una persona moral con fines no lucrativos, inscrita en el registro federal de contribuyentes del Servicio de Administración Tributaria de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la clave SST970123DE3,

número de folio A3912423, de acuerdo con la cédula de identificación fiscal expedida a su favor.

- I.6. Para todos los efectos y fines legales del presente Convenio señala como domicilio el ubicado en Av. Francisco I. Madero N° 414, Zona Centro, C.P. 87000, en Cd. Victoria, Tamaulipas.
- I.7. El Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Tamaulipas es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, al que le compete llevar a cabo las acciones de protección social en salud en el Estado, en términos del artículo 2 del Decreto Gubernamental mediante el cual se crea el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Tamaulipas, publicado en el Periódico Oficial del Estado número 112 de fecha 17 de septiembre de 2015.
- I.8. La Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano fue designada Directora General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Tamaulipas, por el C. Gobernador Constitucional, Lic. Francisco Javier García Cabeza de Vaca, según consta en el nombramiento expedido en fecha 20 de Abril de 2017, por lo que cuenta con atribuciones jurídicas para celebrar el presente Convenio, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10, fracción III, del Decreto Gubernamental mediante el cual se crea el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Tamaulipas.
- I.9. Su clave de Registro Federal de Contribuyentes es REP150918SB5.
- I.10. Para todos los efectos relacionados con este Convenio, señala como su domicilio el ubicado en Boulevard Emilio Portes Gil No. 1260 Col Tecnológico, Código Postal 87037, en Ciudad Victoria, Tamaulipas.

II. "EL HRAEV" DECLARA QUE:

- II.1. Es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonios propios, sectorizados a la Secretaría de Salud, que tienen por objeto proveer servicios médicos de alta especialidad con enfoque regional, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1, 3, fracción I y 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y 1 de su Decreto de Creación publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2009.

El Director General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", se encuentra plenamente facultado para celebrar el presente instrumento, de conformidad con lo establecido en los artículos 17, 22, fracción I y 59 fracciones I y XIV de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

- II.2. El Dr. Vicente Enrique Flores Rodríguez, fue designado por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, según consta en el nombramiento expedido en fecha 16 de enero de 2012, por lo que cuenta con atribuciones jurídicas para celebrar el presente Convenio.
- II.3. Su clave de Registro Federal de Contribuyentes es HRA091214DF2.
- II.4. Para los fines y efectos legales de este Convenio, señala como su domicilio el ubicado en Libramiento Guadalupe Victoria S/N, Área de Pajaritos. C.P. 87087, Ciudad Victoria, Tamaulipas.

III. "EL IMSS" DECLARA QUE:

- III.1. Es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, en términos de lo dispuesto por los artículos 4 y 5 de la Ley del Seguro Social, y cuenta con facultades para celebrar este tipo de convenios de conformidad con lo establecido en los artículos 89, fracción IV y 251, fracciones IV y XXXII de la Ley del Seguro Social.
- III.2. El Dr. Roberto Jaime Hernández Báez, en su carácter de Titular de la Delegación Regional Tamaulipas, cuenta con las facultades suficientes para celebrar el presente instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido en los artículos 251-A, de la Ley del Seguro Social; 2, fracción IV, inciso a), 139, 144, fracciones I y XXII y 155, fracción XXVIII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; acredita su personalidad mediante el testimonio de la escritura pública número 82,305, de fecha 26 de febrero de 2016, pasada ante la fe del licenciado Benito Iván Guerra Silla, titular de la Notaría Pública número 7 de la Ciudad de México; el cual quedó debidamente inscrito en el Registro Público de Organismos Descentralizados el 29 de abril de 2016, bajo el folio número 97-7-29042016-123404, en

cumplimiento a lo ordenado en la fracción III, del artículo 25, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

III.3. Su clave de Registro Federal de Contribuyentes es IMS421231145.

III.4. Para los fines y efectos legales de este Convenio, señala como su domicilio, el ubicado en: Centro Médico Educativo y Cultural Lic. Adolfo López Mateos, Col. Pedro Sosa, C.P. 87120, Cd. Victoria, Tamps.

IV. "EL ISSSTE" DECLARA QUE:

II.1. Es un Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonios propios, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 1°, 3°, fracción I, y 45, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 5° de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, 5°, 207 y 228, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

II.2. Entre sus finalidades se encuentra la administración de los seguros, prestaciones y servicios a que alude el artículo 3°, de la referida ley de "EL ISSSTE". para el ejercicio de sus funciones y atribuciones en atención a lo establecido en los artículos 207 y 208, fracción X de su ley, puede realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los convenios y contratos que requiera el servicio a su cargo.

II.3. Su representante, **DR. JUAN GUILLERMO MANSUR ARZOLA**, fue nombrado Delegado del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Tamaulipas, como se acredita con el poder que le fue otorgado y consta en la escritura pública número 648, de fecha 26 de Octubre del 2016, pasada ante la fe del Lic. Héctor Arcelús Pérez, notario público número 1 de ciudad Juárez, Chihuahua.

II.4. De conformidad con lo que dispone el artículo 31 de la ley de "EL ISSSTE", en relación con los numerales 12, 13 y 14 de su reglamento de servicios médicos, los servicios médicos que tiene encomendados en términos de los capítulos relativos a los seguros de riesgos del trabajo, de enfermedades, de maternidad y los servicios de medicina preventiva, los prestará directamente o por medio de convenios que celebre con quienes tuvieren ya establecidos dichos servicios. tomando en cuenta lo anterior y que no tiene algunos de los servicios de atención integral de segundo o tercer nivel a sus derechohabientes en las localidades que posteriormente se mencionan y se requiere de los mismos.

V. "LA SECRETARÍA" DECLARA QUE:

- V.1.** De conformidad con los artículos 1o, 2o, fracción I y 26, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, es una dependencia de la Administración Pública Federal, a la cual, conforme a lo dispuesto por los artículos 39, fracción I, del ordenamiento legal antes citado, y 3o, fracción X, 7o, 77 bis 2, párrafo segundo, así como 77 bis 5, inciso A, de la Ley General de Salud, le corresponde, entre otras atribuciones, las relativas a establecer y conducir la política nacional en materia de servicios médicos y salubridad, así como coordinar el Sistema Nacional de Salud y las acciones de protección social en salud, que lleven a cabo los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.
- V.2.** El Dr. José Meljem Moctezuma, fue designado Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Enrique Peña Nieto, según consta en el nombramiento expedido en fecha 1 de abril de 2016, por lo que cuenta con atribuciones jurídicas para celebrar el presente Convenio, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 2, apartado A, fracción I, 8, fracción XVI y 9 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- V.3.** El Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas, fue designado Comisionado Nacional de Protección Social en Salud por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Enrique Peña Nieto, según consta en el nombramiento expedido en fecha 11 de diciembre de 2012, por lo que cuenta con atribuciones jurídicas para celebrar el presente Convenio, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 38, fracción V, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, así como 4, fracción III, y 6, fracción I, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- V.4.** Su clave de Registro Federal de Contribuyentes es SSA630502CU1.
- V.5.** Para los fines y efectos legales de este Convenio, señala como su domicilio el ubicado en calle Lieja número 7, primer piso, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06600, en la Ciudad de México.

VI. "LAS PARTES" DECLARAN 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 presente Convenio.
- VI.2. Mediante la suscripción del presente instrumento materializan sus esfuerzos encaminados a fomentar el intercambio de servicios o la prestación unilateral de los mismos, para garantizar el acceso efectivo, la calidad y oportunidad en la atención de la salud, reconociendo los compromisos y responsabilidades asumidas en el "**ACUERDO GENERAL**" suscrito en fecha 2 del mes de marzo de dos mil diecisiete y se sujetan para tales efectos a los acuerdos que adopte el Comité Nacional previsto en dicho instrumento jurídico, en adelante "**COMITÉ NACIONAL**".

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

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO. El presente Convenio Específico tiene por objeto implementar el intercambio o la prestación unilateral de servicios entre las unidades médicas de "**LAS PARTES**", para garantizar el acceso a servicios de salud de la población del Estado de Tamaulipas, así como determinar los compromisos para optimizar el empleo del personal y de la infraestructura médica de "**LAS PARTES**", conforme a la disponibilidad presupuestaria asignada para tal efecto, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables y conforme a lo estipulado en el "**ACUERDO GENERAL**".

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

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

1. Proporcionar los servicios de atención médica, que comprenden las intervenciones, auxiliares de diagnóstico y tratamientos que se describen

en el Listado específico que se incorpora como **ANEXO 1** del presente Convenio, conforme a lo establecido en el "*Listado de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios*", previsto en el "**ACUERDO GENERAL**", de acuerdo al nivel de resolución y con base en la capacidad para brindar servicios excedentes, sin perjuicio de su situación financiera y sin menoscabo en la calidad y calidez del servicio que deben prestar a sus propios usuarios.

2. Proporcionar los servicios de atención médica, que comprenden las intervenciones, auxiliares de diagnóstico y tratamientos que se describen en el **ANEXO 2**, del presente Convenio, que **no forman** parte del "*Listado de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios*", previsto en el "**ACUERDO GENERAL**", una vez que se firme, en su caso.

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

3. Observar el procedimiento de derivación y contraderivación, establecido en el "*Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios*", previsto en el "**ACUERDO GENERAL**".
4. Brindar los servicios a que se refieren los **ANEXOS 1 y 2**, a través de las unidades médicas señaladas en el **ANEXO 3**, todos del presente Convenio, mismas que se sujetarán a los procesos de evaluación y supervisión aprobados por el "**COMITÉ NACIONAL**", previsto en el "**ACUERDO GENERAL**".
5. Para efectos de lo anterior, el "**COMITÉ NACIONAL**" comunicará los criterios mínimos de calidad, capacidad y seguridad, así como el mecanismo de aplicación para operar el proceso de acreditación de los servicios y/o evaluación de la calidad en la prestación de las intervenciones sujetas al intercambio de servicios o la prestación unilateral de los mismos, y los casos, en que dicho proceso aplicará para la prestación de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que se requieran.

6. Realizar el pago de las cantidades que resulten por la prestación de los servicios de atención médica objeto de este instrumento jurídico, conforme a la normativa aplicable.
7. Cumplir las garantías de oportunidad en la prestación de los servicios de atención médica contenidas en el **ANEXO 1**, del “**ACUERDO GENERAL**” y aquéllas que sean acordadas por el “**COMITÉ NACIONAL**”.
8. Comunicar la relación del personal médico autorizado de cada unidad para realizar la derivación y contraderivación.
9. Realizar un informe trimestral en el que se deberá de identificar el número de servicios de atención médica brindados al amparo del presente instrumento; las fechas en que se otorgaron; la relación de pacientes atendidos; el importe de los pagos realizados o recibidos, el resultado de la evaluación y seguimiento de los casos, así como las quejas que se hubiesen presentado por los usuarios. Dicho informe deberá ser entregado a las otras Partes, dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al término del trimestre de que se trate.
10. Utilizar en sus unidades médicas el sistema de información en donde se registrarán los datos de los profesionales de la salud, usuarios y servicios proporcionados al amparo del presente instrumento, que formará parte del Sistema Nacional de Información Básica en materia de Salud.
11. No ceder o transferir total o parcialmente los derechos y obligaciones derivados del presente instrumento, sin el consentimiento previo y por escrito de “**LAS PARTES**”.

TERCERA.- PRESTACIÓN DEL SERVICIO. “**LAS PARTES**” deberán en primer término proporcionar la atención médica que corresponda a sus usuarios, en las unidades médicas propias. Solamente cuando no cuenten con la capacidad o el personal necesario para brindar el servicio, procederán a derivar al paciente a otra de las instituciones públicas de salud, de las señaladas en el **ANEXO 3** del presente Convenio.

Previo a la derivación del paciente, la Parte solicitante del servicio deberá establecer comunicación con el área de operaciones de la unidad médica a la cual derivará al paciente, a fin de conocer la disponibilidad de espacios de



SALUD



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



acuerdo al servicio requerido, misma que se proporcionará a la brevedad posible y de acuerdo a las agendas respectivas.

En caso de que una de “**LAS PARTES**” se encuentre imposibilitada para otorgar alguno o todos los servicios de salud objeto de este instrumento jurídico, deberá notificarlo a las demás Partes en un plazo no mayor a 24 horas a partir de la fecha en que ocurra la causa de dicho impedimento, informando el tiempo en que se corregirá ésta, a efecto de que “**LAS PARTES**” estén en posibilidad de realizar las acciones necesarias para canalizar a sus usuarios a otras instituciones, hospitales o unidades médicas, para que les sea otorgada la atención que requiera.

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

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

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

CUARTA.- FIJACIÓN DE LOS MONTOS. Los montos a que se contrae el presente instrumento, se fijarán por la cantidad que resulte de la aplicación de las tarifas señaladas en los **ANEXOS 1 y 2**, del presente Convenio, mismos

que serán aplicados como contraprestación por el otorgamiento de atención médica a los derechohabientes, afiliados o beneficiarios del solicitante de servicios.

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

QUINTA. FORMA Y GARANTÍA DE PAGO. Cuando un derechohabiente de “**EL IMSS**” O “**EL ISSSTE**”, sea atendido por “**LA ENTIDAD**” o “**EI HRAEV**”, “**LAS PARTES**” convienen que los Comprobantes Fiscales Digitales por Internet (CFDI) se pagarán conforme al procedimiento y términos establecidos para efectos de compra, que sea aplicado en cada institución y siempre posterior a la presentación de los CFDI, debidamente requisitados.

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

1. La Parte proveedora del servicio, una vez brindada la atención médica, presentará el CFDI para pago, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, ante la Parte solicitante.
2. Recibido el CFDI respectivo, la Parte solicitante tendrá un plazo de cinco días hábiles para revisar el mismo y, en su caso, solicitar aclaraciones y/o correcciones respectivas a la Parte proveedora del servicio.
3. La Parte proveedora del servicio contará con un plazo máximo de tres días hábiles para realizar los ajustes y/o correcciones al CFDI correspondiente y presentarlo de nueva cuenta a la Parte solicitante.
4. Una vez que la Parte solicitante del servicio, apruebe los términos del CFDI, así como valide los servicios médicos otorgados y la documentación comprobatoria respectiva, contará con un plazo improrrogable de veinte días hábiles para efectuar dicho pago a la Parte proveedora del servicio.

Los CFDI que se presenten para su pago deberán corresponder a los montos que expresamente conciernan a la prestación de los servicios médicos

otorgados, conforme a los términos y mecanismos establecidos para tal fin y deberán ser presentados en el lugar y horario que determine la Parte solicitante del servicio.

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

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

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

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

Cuando un beneficiario del Sistema de Protección Social en Salud sea atendido en cualquier establecimiento de salud del **“IMSS”**, **“ISSSTE”** o **“HRAEV”**, de conformidad con lo establecido en el artículo 77 Bis 15 de la Ley General de Salud, a fin de garantizar el pago, **“LAS PARTES”** están conformes en que cuando la entidad federativa no realice el pago de las cantidades que resulten por la prestación de los servicios, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en términos de la normativa aplicable y los procedimientos establecidos para la compensación económica del Sistema de Protección Social en Salud, mismos que se integran al presente instrumento como **ANEXO 4**, canalice directamente a estas instituciones, el monto correspondiente a las

intervenciones prestadas, con cargo a los recursos a transferirse al Régimen Estatal de Protección Social en Salud de **“LA ENTIDAD”** que derivó al Paciente, exclusivamente hasta por el monto máximo establecido a sufragar con recursos del Sistema de Protección Social en Salud en términos de los **ANEXOS 1 y 2** de este instrumento jurídico.

En caso de incumplimiento de pago por parte de **“EL IMSS”** o **“ISSSTE”** el área central competente de esa institución, cubrirá el adeudo respectivo previa solicitud de **“LA ENTIDAD”**, conforme al procedimiento establecido para tal efecto en dicho Instituto, mismo que se integra al presente instrumento como **ANEXO 5**.

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

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

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

prestación unilateral de Servicios de Atención Médica, con la debida representación de **“LAS PARTES”**;

- f) Contribuir en la actualización de los **ANEXOS** que forman parte integrante del presente Convenio;
- g) Gestionar el cumplimiento de los compromisos de **“LAS PARTES”**, en los plazos establecidos, principalmente de los informes y sobre los pagos que deban enterarse;
- h) Atender las quejas de los usuarios de los servicios, de acuerdo con los lineamientos emitidos por el **“COMITÉ NACIONAL”** para tal fin;
- i) Conocer de las controversias o desacuerdos relacionados con el presente Convenio Específico, en términos de lo previsto en la Cláusula Décima Sexta del presente instrumento jurídico;
- j) Facilitar las actividades de acreditación de los servicios y/o evaluación de la calidad en 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 PARTES”** respetando las disposiciones y los criterios médicos en lo general y en lo específico, y
- k) Las demás que de común acuerdo determinen **“LAS PARTES”**, a través del propio Comité Local, que en ningún caso invadirán las que corresponden al **“COMITÉ NACIONAL”**.

SÉPTIMA.- EXPEDIENTE CLÍNICO. **“LAS PARTES”** deberán integrar un expediente clínico de acuerdo a la normativa aplicable, por cada usuario que reciban en sus unidades médicas, a efecto de documentar debidamente todos y cada uno de los conceptos que se incluyan dentro de los servicios de salud que sean prestados. Asimismo, deberá contener los datos de derechohabencia o afiliación del paciente y estar disponible en todo momento para la Parte que recibe al paciente y la Parte solicitante de la atención médica.

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

OCTAVA.- SUPERVISIÓN Y VIGILANCIA. La Parte solicitante no podrá intervenir en el otorgamiento de los servicios de salud y se compromete a



SALUD



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



respetar las disposiciones y los criterios médicos de cada tratamiento médico otorgado por la Parte proveedora del servicio.

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

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

“**LA SECRETARÍA** en coordinación con las demás partes, podrá realizar evaluaciones de la calidad de los servicios prestados, a fin de garantizar el cumplimiento de los criterios mínimos de calidad y seguridad con el que deben brindarse de acuerdo a la normativa aplicable.

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

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



SALUD



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS MEDICALES DEL ESTADO DE TAMAULIPAS



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

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

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

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

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

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

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

Será causa de terminación anticipada del presente Convenio, el retraso en el pago por dos meses consecutivos o tres pagos en el transcurso de un mismo

ejercicio fiscal, relativos a los servicios objeto del mismo, con independencia de las acciones legales que pudiesen presentarse para recuperar las cantidades correspondientes a la prestación de los servicios.

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

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

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


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

Leído que fue el presente Convenio y enteradas **“LAS PARTES”** de su contenido, alcance y fuerza legal, lo firman en cuadruplicado en Ciudad Victoria, Tamaulipas, a los 30 días del mes de junio del año dos mil diecisiete.

CONTINÚAN EN LAS SIGUIENTES HOJAS LAS FIRMAS DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS, QUE CELEBRAN **“LA ENTIDAD”**, **“EL HRAEV”**, **“EL IMSS”**, **“EL ISSSTE”** EN EL ESTADO DE TAMAULIPAS Y **“LA SECRETARÍA”**.

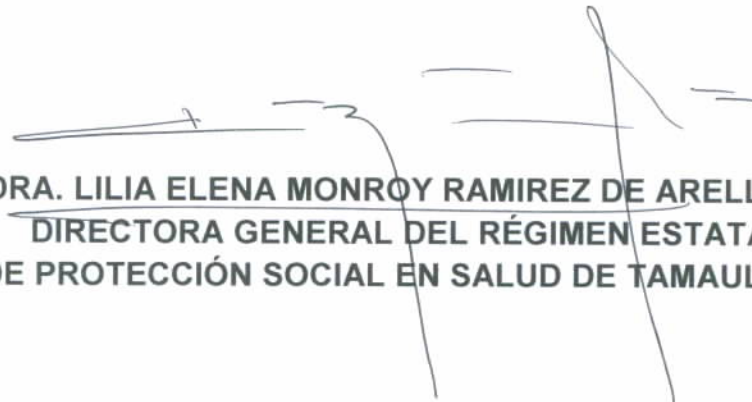


POR “LA ENTIDAD”


DRA. GLORIA DE JESUS MOLINA GAMBOA
SECRETARIA DE SALUD Y DIRECTORA GENERAL
DEL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DE TAMAULIPAS

HOJA DE FIRMA DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS, QUE CELEBRAN “LA ENTIDAD”, “EL HRAEV”, “EL IMSS”, “EL ISSSTE” EN EL ESTADO DE TAMAULIPAS Y “LA SECRETARÍA” EL DÍAs 30 DEL JUNIO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE.

POR "LA ENTIDAD"


DRA. LILIA ELENA MONROY RAMIREZ DE ARELLANO
DIRECTORA GENERAL DEL RÉGIMEN ESTATAL
DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE TAMAULIPAS

HOJA DE FIRMA DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS, QUE CELEBRAN "LA ENTIDAD", "EL HRAEV", "EL IMSS", "EL ISSSTE" EN EL ESTADO DE TAMAULIPAS Y "LA SECRETARÍA" EL DÍA 30 DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE.

POR "EL HRAEV"



DR. VICENTE ENRIQUE FLORES RODRÍGUEZ
DIRECTOR GENERAL DEL HRAEV

HOJA DE FIRMA DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS, QUE CELEBRAN "LA ENTIDAD", "EL HRAEV", "EL IMSS", "EL ISSSTE" EN EL ESTADO DE TAMAULIPAS Y "LA SECRETARÍA" EL DÍA 30 DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE.



POR "EL IMSS"



DR. ROBERTO JAIME HERNÁNDEZ BÁEZ
TITULAR DE LA DELEGACIÓN REGIONAL TAMAULIPAS



HOJA DE FIRMA DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS, QUE CELEBRAN "LA ENTIDAD", "EL HRAEV", "EL IMSS", "EL ISSSTE" EN EL ESTADO DE TAMAULIPAS Y "LA SECRETARÍA" EL DÍA 30 DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE.



POR "EL ISSSTE"

**DR. JUAN GUILLERMO MANZUR ARZOLA
DELEGADO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO DE TAMAULIPAS**

HOJA DE FIRMA DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS, QUE CELEBRAN "LA ENTIDAD", "EL HRAEV", "EL IMSS", "EL ISSSTE" EN EL ESTADO DE TAMAULIPAS Y "LA SECRETARÍA" EL DÍA 30 DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE.

POR “LA SECRETARÍA”

**DR. JOSÉ MELJEM MOCTEZUMA
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y
DESARROLLO DEL SECTOR SALUD**

HOJA DE FIRMA DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS, QUE CELEBRAN “LA ENTIDAD”, “EL HRAEV”, “EL IMSS”, “EL ISSSTE” EN EL ESTADO DE TAMAULIPAS Y “LA SECRETARÍA” EL DÍA 30 DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE.

POR "LA SECRETARÍA"

DR. GABRIEL JAIME O'SHEA CUEVAS
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

HOJA DE FIRMA DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS, QUE CELEBRAN "LA ENTIDAD", "EL HRAEV", "EL IMSS", "EL ISSSTE" EN EL ESTADO DE TAMAULIPAS Y "LA SECRETARÍA" EL DÍA 30 DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE.



ACUERDO GENERAL DE COORDINACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD, EN ADELANTE LA “SECRETARÍA”, POR CONDUCTO DE SU TITULAR EL DR. JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN ADELANTE EL “IMSS”, REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL EL MTRO. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA, Y EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN ADELANTE EL “ISSSTE”, REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL EL LIC. JOSÉ REYES BAEZA TERRAZAS, A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ LAS “PARTES”, AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS

ANTECEDENTES

- I. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en la meta nacional México Incluyente, establece que para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, es necesario ir más allá del asistencialismo y conectar el capital humano con las oportunidades que genera la economía en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía.

Para ello, la presente Administración ha venido poniendo especial énfasis en proveer una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos y evite que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía, sean un factor determinante en su desarrollo, es decir, en materia de salubridad, el objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud para llevar a la práctica el derecho constitucional de protección a la salud.

- II. El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, establece como parte de sus objetivos, estrategias y líneas de acción, el asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, mediante la utilización de todos los recursos al alcance del Estado para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, que permita responder a sus necesidades.



- III. El 12 de mayo de 2011, se suscribió por las **“PARTES”** y otras instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios, el cual prevé la firma de convenios específicos, tiene vigencia indefinida, y determina que podrá darse por terminado de manera anticipada, mediante el simple aviso de las partes con cuando menos 60 días de anticipación.

Derivado de dicho Acuerdo General, si bien se han suscrito convenios específicos para el intercambio de servicios con nueve entidades federativas: Aguascalientes, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco y Yucatán, es necesario que sin afectar los avances logrados en dichas entidades federativas, se eliminen barreras que se han presentado en su ejecución, como la relativa a los mecanismos para garantizar el pago de los servicios, que no han permitido avanzar en la suscripción de otros convenios específicos o el intercambio efectivo de un mayor número de intervenciones.

DECLARACIONES

- I. La **“SECRETARÍA”**, declara que:

- I.1. De conformidad con los artículos 1o., 2o., fracción I y 26, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, es una dependencia de la Administración Pública Federal, a la cual, conforme a lo dispuesto por los artículos 39, fracción I, del ordenamiento legal antes citado, y 7, 77 bis 2, párrafo segundo, así como 77 bis 5, inciso A, de la Ley General de Salud, le corresponde, entre otras atribuciones, las relativas a establecer y conducir la política nacional en materia de servicios médicos, así como coordinar el Sistema Nacional de Salud y las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.
- I.2. El Dr. José Ramón Narro Robles, fue designado Secretario de Salud por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Enrique Peña Nieto, según consta en el nombramiento expedido en fecha 8 de febrero de 2016, por lo que cuenta con atribuciones jurídicas para celebrar el presente Acuerdo General, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 16, de la Ley



Orgánica de la Administración Pública Federal y 6, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

- I.3.** Para los fines y efectos legales de este Acuerdo General, señala como su domicilio el ubicado en la calle de Lieja número 7, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06600, en la Ciudad de México.

II. El “**IMSS**”, declara que:

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

- II.2.** El Mtro. Mikel Andoni Arriola Peñalosa, fue designado Director General del “**IMSS**” por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Enrique Peña Nieto, según consta en el nombramiento expedido en fecha 8 de febrero de 2016, inscrito en el Registro Público de Organismos Descentralizados bajo el folio 97-5-22022016-120139, de fecha 22 de febrero de 2016, por lo que cuenta con atribuciones jurídicas para celebrar el presente Acuerdo General, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 268, fracción III, de la Ley del Seguro Social y 66, fracción I, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- II.3.** Para los fines y efectos legales de este Acuerdo General, señala como su domicilio el ubicado en Avenida Paseo de la Reforma número 476, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06600, en la Ciudad de México.

III. El “**ISSSTE**”, declara que:

- III.1.** Es un Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, conforme a lo establecido en los artículos 3, 31, 207 y 208, fracción X, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que tiene entre otras atribuciones, la de proporcionar servicios médicos e impulsar estudios,





programas, proyectos e investigaciones inherentes a su ámbito de competencia.

III.2. El Lic. José Reyes Baeza Terrazas, fue designado Director General del "ISSSTE" por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Enrique Peña Nieto, según consta en el nombramiento expedido en fecha 27 de agosto de 2015, por lo que cuenta con atribuciones jurídicas para celebrar el presente Acuerdo General, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 220, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y 24, fracción XII, del Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

III.3. Para los fines y efectos legales de este Acuerdo General, señala como su domicilio el ubicado en la calle Jesús García Corona número 140, Col. Buenavista, Código Postal 06350, en la Ciudad de México.

IV. Declaran las "PARTES" de manera conjunta, que:

IV.1. Es su voluntad colaborar institucionalmente de la forma más amplia y respetuosa para el cumplimiento y desarrollo de las actividades consideradas en el presente Acuerdo General, como una forma de optimizar la infraestructura y recursos disponibles en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

IV.2. Cuentan con los medios necesarios para proporcionarse recíprocamente la colaboración y apoyo para la consecución del objeto materia de este Acuerdo General.

Expuesto lo anterior, las "PARTES" se sujetan a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO. El presente Acuerdo General, tiene por objeto fijar los lineamientos generales para el intercambio o la prestación unilateral de Servicios de Atención Médica entre las unidades médicas del "IMSS", del "ISSSTE", de la "SECRETARÍA", así como de las entidades federativas, institutos nacionales de

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN JURÍDICA
DEPARTAMENTO DE CONVENIOS
INTERINSTITUCIONALES
REVISADO EN CUANTO A LOS
EFECTOS JURÍDICOS

salud, hospitales regionales de alta especialidad y federales de referencia y demás instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, una vez que se adhieran al mismo, para garantizar a la población el acceso efectivo, la calidad y oportunidad de los servicios de salud, a través de la definición y adopción por las **"PARTES"** del *"Listado de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios"* (**ANEXO 1**) y el procedimiento de derivación y contraderivación, establecido en el *"Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios"* (**ANEXO 2**), que firmados por las **"PARTES"** integran el presente instrumento.

SEGUNDA.- DEFINICIONES. Las **"PARTES"** convienen en ajustarse a las definiciones que contenga el *"Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios"* **ANEXO 2**, así como a las que a continuación se estipulan:

Acceso efectivo: Se refiere a la definición operativa de la cobertura interinstitucional en salud. Esto es, que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención, pueda ser derivado sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutoria, independientemente de su derechohabencia a un régimen de seguridad social o de su afiliación al Sistema de Protección Social en Salud.

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.

Beneficiario: Usuario de los Servicios de Atención Médica que se brindan bajo la cobertura del Sistema de Protección Social en Salud.

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 que 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 normativa aplicable.



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 del presente Acuerdo General.

Derechohabiente: Usuario de los Servicios de Atención Médica, del "IMSS" o del "ISSSTE".

Derivación y Contraderivación: Es el acto interinstitucional de remitir a un Paciente a una institución diferente a la de su afiliación o derechohabiencia, para recibir la atención médica requerida, en el marco de un Convenio Específico de intercambio o prestación unilateral de servicios.

Expediente Clínico: Es el conjunto único de información y datos personales de un Paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento 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.

Intercambio de Servicios y/o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica: la atención que se proporciona a la población en las unidades médicas, a partir de intervenciones convenidas 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 sobre el Paciente con fines de evolución preventiva, diagnóstica o terapéutica.

Paciente: Es la persona que requiere de la intervención médica con fines de prevención, diagnóstico o terapéutica.

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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Parte Proveedora del Servicio: Se refiere a la Institución que forma parte de este instrumento, 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 forma parte de este instrumento que deriva a un Paciente para que otra institución proporcione los servicios médicos requeridos para su tratamiento.

Oportunidad de la Atención Médica: 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.

Servicios de Atención Médica: Es la forma organizada de atención médica a los Pacientes, que podrá ser otorgada en áreas de consulta externa, hospitalización, quirúrgica, terapia intensiva, considerando estudios de gabinete y laboratorio.

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

TERCERA.- COMPROMISOS. Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio las **"PARTES"** se comprometen a:

- a) Promover la celebración de convenios específicos derivados del presente Acuerdo General, a fin de establecer de manera detallada los compromisos, obligaciones, mecanismos, tarifas y garantías de pago que asumirán para el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica entre las instituciones del sector público, de acuerdo a la normativa aplicable y sujetos a la disponibilidad presupuestaria correspondiente.
- b) Tomar en consideración los criterios de acceso con calidad, oportunidad, capacidad y seguridad, definidos por la **"SECRETARÍA"**, con la participación del **"IMSS"** y del **"ISSSTE"**, 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 las unidades médicas a su cargo, de acuerdo a su nivel de resolución y con base en la capacidad para brindar servicios excedentes, estén en posibilidad de ofrecer los Servicios de Atención Médica requeridos para el cumplimiento del objeto de este Acuerdo General.
- d) Tomar en consideración el *"Listado de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios"* y el *"Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios"* a que se refieren los **ANEXOS 1 y 2** del presente Acuerdo General.

Al celebrar los convenios específicos, **"LAS PARTES"** podrán acordar tarifas menores a las previstas en el **ANEXO 1** del presente Acuerdo General.

- e) Establecer en los Convenios Específicos que se suscriban, esquemas de supervisión del otorgamiento de los Servicios de Atención Médica y de evaluación de la calidad, respetando las disposiciones, y los criterios médicos en lo general y en lo específico.
- f) Solicitar el registro de los Convenios Específicos derivados del presente Acuerdo General ante el **"COMITÉ NACIONAL"**, mediante el envío de una copia certificada de dichos Convenios Específicos a su Secretario Técnico, a efecto de facilitar la evaluación y el cumplimiento del objeto del presente instrumento.
- g) Realizar las gestiones necesarias para operar la compensación y pago del intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica objeto del presente Acuerdo General, de acuerdo a sus atribuciones y de conformidad con la normativa aplicable.
- h) Elaborar un diagnóstico que permita la evaluación de las estrategias internas tendientes a satisfacer las necesidades de Servicios de Atención Médica de sus Beneficiarios o Derechohabientes.

- i) Implementar acciones enfocadas a la integración y operación del Padrón General de Salud con fines de intercambio de información.
- j) Explorar y, en su caso, establecer nuevos esquemas que permitan optimizar el uso de la infraestructura, equipo y/o personal, para brindar servicios médicos con oportunidad, a partir del óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, mediante la formalización de los correspondientes instrumentos jurídicos.

CUARTA.- FINALIDADES DEL INTERCAMBIO O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. Las “**PARTES**” convienen en que el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica, tendrá las finalidades siguientes:

- a) Contribuir a subsanar la carencia de recursos al interior de la institución, con la capacidad disponible en las instituciones públicas que forman parte del Sistema Nacional de Salud.
- b) Cumplir las garantías de Oportunidad de la Atención Médica, contenidas en el **ANEXO 1** del presente Acuerdo General, así como las acordadas por el “**COMITÉ NACIONAL**”.
- c) Evaluar la necesidad de intercambiar o prestar unilateralmente Servicios de Atención Médica, analizando para ello las opciones que ofrezcan los establecimientos públicos de salud, con el objeto de optimizar la infraestructura y recursos existentes, garantizando la calidad y seguridad durante la prestación de los mismos.

QUINTA.- ÁMBITO DE APLICACIÓN. Las “**PARTES**”, convienen en que los términos y condiciones pactados en el presente Acuerdo General, serán de aplicación obligatoria en sus instalaciones, delegaciones, unidades médicas y administrativas centrales y desconcentradas, así como de las entidades federativas, institutos nacionales de salud, hospitales regionales de alta especialidad y federales de referencia y demás instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, una vez que se adhieran al mismo.

SEXTA.- CAPACIDAD DE LA OFERTA Y NECESIDADES DE SERVICIOS. Las **“PARTES”** determinarán, tomando en cuenta su infraestructura instalada y recursos disponibles, las unidades médicas que dependan de ellas, que tengan capacidad para brindar las Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento contenidos en el **ANEXO 1** del presente Acuerdo General, así como los requerimientos de los grupos de población bajo su responsabilidad, a fin de promover la suscripción de Convenios Específicos.

Esta información será hecha del conocimiento del **“COMITÉ NACIONAL”**, para su difusión. 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.

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, independientemente de las condiciones del Paciente relativas a edad, lugar de residencia, especialmente de su condición social o laboral y padecimiento preexistente. Para tales efectos, las **“PARTES”** se obligan a establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de los Pacientes y de los Servicios de Atención Médica intercambiados o prestados unilateralmente.

Las **“PARTES”** deberán en primer término proporcionar la atención médica que corresponda a sus usuarios, en las unidades médicas propias. Solamente cuando no cuenten con la capacidad o el personal necesario para brindar el servicio, procederán a derivar al Paciente a otra de las instituciones públicas de salud.

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

OCTAVA.- LINEAMIENTOS OPERATIVOS PARA EL INTERCAMBIO O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. Las **“PARTES”** tienen la obligación de ajustar los procedimientos correspondientes

para garantizar el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica, tomando en consideración en los Convenios Específicos que se suscriban lo siguiente:

- a) Para homologar los procesos entre las instituciones para el intercambio o prestación unilateral de los Servicios de Atención Médica, las unidades médicas tomarán como base lo previsto en el “Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios” que se integra como **ANEXO 2** del presente Acuerdo General.
- b) Los establecimientos de atención médica que brinden intervenciones sujetas al intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica, deberán garantizar que los servicios que otorgan cumplen con los criterios mínimos de calidad, y seguridad con oportunidad para el Paciente.
- c) Las unidades médicas, deberán reportar la atención brindada a través del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud, así como realizar los reportes estadísticos que se desprendan de la misma, registrando, entre otros, los datos disponibles de derechohabencia o afiliación del Paciente, sin menoscabo de que la atención de dicho Paciente es responsabilidad de la institución en donde se presenta en ese momento.
- d) Los Pacientes y sus familiares deberán sujetarse en todo momento a la reglamentación que para tal efecto resulte aplicable en las instalaciones y unidades médicas de que se trate.
- e) En todos los casos, la Parte Proveedora del Servicio deberá integrar un Expediente Clínico, de acuerdo a la normativa vigente, por cada Beneficiario o Derechohabiente que reciba en su unidad médica, a efecto de documentar debidamente todos y cada uno de los conceptos que se incluyan dentro de los servicios que sean prestados. Asimismo, debe contener en su caso, los datos de derechohabencia o afiliación del Paciente y estar disponibles tanto para la Parte Solicitante de la atención médica como del Paciente; este último, incluso, tendrá el derecho de solicitar copia del mismo; de acuerdo a la normativa aplicable.

- f) En lo referente a gastos de traslado de los Beneficiarios o Derechohabientes que requieran los servicios, éstos correrán siempre y sin excepción alguna a cargo de la Parte Solicitante de dichos servicios.
- g) En el supuesto de que durante la prestación de los Servicios de Atención Médica se requiera la expedición de certificados o licencias por incapacidad médica, éstos deberán ser expedidos por la institución de seguridad social a la que tenga derechohabencia el Paciente, tomando en consideración el Expediente Clínico que se haya integrado conforme al inciso e) anterior y a sus procedimientos internos.
- h) Para el otorgamiento de la atención médica, se deberá utilizar el personal de acuerdo al nivel de atención requerido, los medicamentos e insumos necesarios, el instrumental y equipo médico adecuado para el padecimiento de que se trate, de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica, de existir éstas, siempre y cuando se encuentren autorizados en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud y conforme a la legislación aplicable a cada una de las instituciones prestadoras de servicios.
- i) En caso de Pacientes a los que se les haya otorgado atención médica hospitalaria y se presente alguna complicación relacionada con las intervenciones realizadas, se seguirá el procedimiento que el **"COMITÉ NACIONAL"** determine, a fin de que se emita un dictamen que establezca la responsabilidad, las causas de la complicación en la salud de los Beneficiarios o Derechohabientes y las erogaciones que resulten por los procedimientos posteriores.
- j) Aplicar los recursos obtenidos de la contraprestación de los Servicios de Atención Médica ofertados, de acuerdo a la normativa interna de cada una de las **"PARTES"**, para mejorar la atención médica que proporcionan.
- k) Establecer en sus unidades médicas 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.

- l) Establecer en sus unidades médicas, mecanismos que les permitan mantener en óptimas condiciones los equipos de su propiedad que brinden los servicios objeto de este Acuerdo General, quedando bajo su responsabilidad el absorber los gastos que se generen por acciones necesarias para el adecuado funcionamiento de los equipos.
- m) Promover al interior de sus instalaciones médicas esquemas para garantizar el trato al Paciente con consideración y respeto.

NOVENA.- RESPONSABILIDADES. Las **"PARTES"** manifiestan estar de acuerdo en que el prestador del servicio será directamente responsable de los daños y perjuicios que se causen a la Parte Solicitante o a terceros por el incumplimiento de obligaciones en la atención médica, al proporcionar el servicio prestado con motivo del presente Acuerdo General, de acuerdo a las disposiciones jurídicas aplicables. Asimismo, la Parte Proveedora se obliga ante la Parte Solicitante, a responder por el mal manejo de las solicitudes de servicio, o el maltrato de sus empleados al Paciente.

DÉCIMA.- CONTRAPRESTACIÓN, FORMA Y GARANTÍA DE PAGO. Las **"PARTES"** convienen en que las contraprestaciones que se originen en virtud del intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica que se deriven del presente Acuerdo General, se establecerán en los Convenios Específicos que para el caso se suscriban, tomando como referencia las tarifas máximas contenidas en el **ANEXO 1**, las cuales serán revisadas, actualizadas, modificadas o adicionadas periódicamente por el **"COMITÉ NACIONAL"**. El trámite de pago operará de acuerdo a la normativa aplicable en cada institución, y se incluirá en los Convenios Específicos correspondientes.

Dicha revisión, actualización, modificación o adición, será comunicada de manera escrita a las **"PARTES"** y formarán parte integral de este Acuerdo General.

Cuando un beneficiario del Sistema de Protección Social en Salud sea atendido en cualquier establecimiento de salud del **"IMSS"** o del **"ISSSTE"**, de conformidad con lo establecido en el artículo 77 Bis 15 de la Ley General de Salud, a fin de garantizar el pago, las **"PARTES"** están conformes en que cuando la entidad federativa no realice el pago de las cantidades que resulten por la prestación de

los servicios, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en términos de la normativa aplicable y los procedimientos establecidos para la compensación económica del Sistema de Protección Social en Salud, los cuales se incluirán como anexo de los Convenios Específicos que se suscriban al amparo del presente Acuerdo General, canalice directamente a estas instituciones, el monto correspondiente a las intervenciones prestadas, con cargo a los recursos a transferirse al Régimen Estatal de Protección Social en Salud de la entidad federativa que derivó al Paciente, exclusivamente hasta por el monto máximo establecido a sufragar con recursos del Sistema de Protección Social en Salud en términos del **ANEXO 1** de este instrumento jurídico y, en su caso, de los anexos relativos de los convenios específicos.

En caso de incumplimiento de pago por parte del **"IMSS"** o del **"ISSSTE"**, las áreas centrales competentes de dichas instituciones, cubrirán el adeudo respectivo previa solicitud de la Parte Proveedora del Servicio, conforme al procedimiento establecido para tal efecto en cada institución, el cual se incluirá en los Convenios Específicos correspondientes.

DÉCIMA PRIMERA.- SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA Y TRANSPARENCIA DE RECURSOS. Las **"PARTES"** convienen en diseñar e instrumentar los mecanismos administrativos necesarios que permitan agilizar la prestación de los Servicios de Atención Médica, que simplifiquen los controles, reduzcan los gastos de administración y promuevan la transparencia en el uso de los recursos, los cuales, serán adoptados por sus unidades médicas y administrativas; así como por las entidades federativas e instituciones que expresen su voluntad en adherirse al presente Acuerdo General.

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 dos miembros del **"IMSS"**, uno de ellos designados por el Programa IMSS PROSPERA; uno del **"ISSSTE"**, uno por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, quien lo presidirá, uno por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 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 cuatro últimos dependientes de la **"SECRETARÍA"**.

Una vez adheridos al presente Acuerdo General los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Regionales de Alta Especialidad, éstos quedarán representados ante el **"COMITÉ NACIONAL"**, por el integrante designado por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Asimismo, adheridas las entidades federativas, éstas quedarán 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.

El **"COMITÉ NACIONAL"** se reunirá por lo menos una vez cada tres meses y tendrá las funciones siguientes:

- a) Expedir sus Reglas Internas de Operación a más tardar en sesenta días naturales contados a partir de su conformación y actualizarlas.
- b) Impulsar la implementación de los instrumentos y mecanismos que permitan la operación al interior de las unidades médicas de las **"PARTES"**, de los compromisos y obligaciones derivadas de la suscripción del presente Acuerdo General.
- c) Revisar y actualizar el *"Listado de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios"* **ANEXO 1**, así como el *"Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios"* **ANEXO 2**.
- d) Mantener actualizado el registro de Convenios Específicos.
- e) Evaluar y dar seguimiento al cumplimiento de los objetivos del presente Acuerdo General.
- f) Mantener disponible la información que se desprenda de la ejecución del presente 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 **"PARTES"**.

- h) Integrar el informe anual a que se refiere la Cláusula Décima Tercera.
- i) Revisar cualquier aspecto operativo o práctico que deba ser modificado, para una mejor aplicación de los términos y condiciones estipulados en el presente Instrumento.
- j) Aprobar la adopción de los criterios mínimos de calidad, capacidad y seguridad propuestos por la “**SECRETARÍA**”, con la participación del “**IMSS**” y del “**ISSSTE**”, entre otras instituciones públicas 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 requeridos para el cumplimiento del objeto de este instrumento jurídico.
- k) Acordar las garantías de Oportunidad de la Atención Médica.
- l) Difundir la oferta y necesidades de servicios de las “**PARTES**”, a fin de promover la suscripción de Convenios Específicos.
- m) 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 Beneficiarios o Derechohabientes y las erogaciones que resulten por los procedimientos posteriores.
- n) 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**”.
- o) Conocer de las controversias o desacuerdos relacionados con el presente Acuerdo General, a fin de llegar a un acuerdo.
- p) Las demás que de común acuerdo determinen las “**PARTES**” a través del propio “**COMITÉ NACIONAL**”.

DÉCIMA TERCERA.- INFORME ANUAL. El “**COMITÉ NACIONAL**” integrará un informe anual y lo presentará por escrito al titular de la “**SECRETARÍA**”, en el cual se deberá identificar el número de intervenciones prestadas, el importe de los pagos realizados y el resultado de la evaluación y seguimiento de los casos. El “**COMITÉ NACIONAL**” podrá solicitar a las “**PARTES**”, la información necesaria para la integración del informe antes mencionado o cuando así lo considere conveniente para el cumplimiento de sus fines.

En dicho informe, se deberá incluir un apartado sobre quejas de los usuarios, además de informar a la Parte Solicitante de los servicios, el estado de las mismas.

DÉCIMA CUARTA.- ADHESIÓN. Las “**PARTES**” manifiestan su conformidad en que las instituciones públicas de salud que tengan a su cargo la prestación de Servicios de Atención Médica, así como las entidades federativas, podrán en cualquier tiempo, adherirse al presente Acuerdo General, mediante la suscripción de la hoja de firma correspondiente, en el entendido de que con dicha adhesión manifiestan su voluntad de sujetarse a lo establecido en el presente Acuerdo General, así como a las decisiones tomadas por el “**COMITÉ NACIONAL**”.

La adhesión a que se refiere el párrafo anterior entrará en vigor a partir del momento en que sea formalizada.

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

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

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

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

DÉCIMA SÉPTIMA.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. Tratándose de controversias o desacuerdos relacionados con el presente Acuerdo General, dichas controversias o desacuerdos, a solicitud por escrito de cualquiera de las **“PARTES”**, serán referidas al **“COMITÉ NACIONAL”** a fin de llegar a un acuerdo.

DÉCIMA OCTAVA.- QUEJAS DE LOS USUARIOS. Para la atención de las quejas de los usuarios que deriven del presente Acuerdo General, las **“PARTES”** convienen en sujetarse a lo establecido en los lineamientos que para tal efecto emita el **“COMITÉ NACIONAL”** en lo que no se opongan a las disposiciones jurídicas que les sean aplicables.

DÉCIMA NOVENA.- VIGENCIA DEL ACUERDO GENERAL. La vigencia del presente Acuerdo General, será indefinida y comenzará a partir de la fecha de su suscripción.

VIGÉSIMA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA. El presente Acuerdo General podrá darse por terminado de manera anticipada, mediante el simple aviso por escrito a



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



las otras "**PARTES**", con al menos sesenta días naturales de anticipación. Lo anterior, en el entendido de que aun cuando el presente Acuerdo General se dé por terminado anticipadamente, las obligaciones que subsistan a dicha fecha, incluyendo sin limitar, pagos pendientes, servicios ya iniciados o por concluir, deberán ser cubiertas a satisfacción de las "**PARTES**" en los términos del presente Acuerdo General.

VIGÉSIMA PRIMERA.- COMUNICACIONES. Las "**PARTES**" convienen en que todos los avisos, comunicaciones y notificaciones de adhesión o de cualquier otro tipo que deban darse por virtud del presente Acuerdo General, deberán tomar en cuenta a los representantes de cada una de las "**PARTES**" en el presente Acuerdo General y los domicilios que a continuación se indican, mismas que deberán constar por escrito y ser enviadas mediante correo certificado o mensajería privada con acuse de recibo o cualquier otro medio inequívoco cuya recepción conste o sea confirmada por escrito por el destinatario.

Para la "**SECRETARÍA**":

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

Lieja No. 7, 1er. Piso, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600. Ciudad de México.

Para el "**IMSS**":

La Dirección de Prestaciones Médicas.

Av. Paseo de la Reforma No. 476, 3er Piso, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.

Para el "**ISSSTE**":

La Dirección Médica.

Av. San Fernando No. 547, Edif. A. 8º. Piso, Col, Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, C.P. 14050, Ciudad de México.

En caso de cambio de domicilio, las "**PARTES**" se obligan a dar el aviso correspondiente a las otras Partes con quince días hábiles de anticipación a que dicho cambio tenga lugar. De lo contrario, permanecerá vigente el domicilio señalado en la presente Cláusula.

Una vez adheridos al presente Acuerdo General los institutos nacionales de salud, hospitales federales de referencia y regionales de alta especialidad, así como las



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

entidades federativas, dispondrán de un término de 5 días hábiles para comunicar a la **"SECRETARÍA"** el domicilio para efectos de notificación.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- TRANSICIÓN. Las **"PARTES"** convienen en que la adhesión al presente Acuerdo General por parte de aquellas entidades federativas, institutos nacionales de salud, hospitales regionales de alta especialidad y federales de referencia, y demás instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que en su oportunidad firmaron el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios del 12 de mayo de 2011, con los que aún no se hubiera formalizado un convenio específico al amparo del mismo que se encuentre vigente, da por concluida la vigencia de dicho Acuerdo General.

Por lo que hace a las entidades federativas, institutos nacionales de salud, hospitales regionales de alta especialidad y federales de referencia, y demás instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud firmantes del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios del 12 de mayo de 2011, con los cuales se tenga un convenio específico vigente, las **"PARTES"** convienen en mantener los efectos de dichos instrumentos jurídicos, hasta en tanto se suscriban los Convenios Específicos al amparo del presente Acuerdo General, en los que se incluirán aquéllos aspectos que permitan salvaguardar las obligaciones que subsistan a dicha fecha, incluyendo sin limitar, pagos pendientes, servicios ya iniciados o por concluir, los que deberán ser cubiertos a satisfacción de las **"PARTES"**.

VIGÉSIMA TERCERA.- MODIFICACIONES. El presente Acuerdo General podrá ser modificado a solicitud de cualquiera de las **"PARTES"** y previa aprobación del **"COMITÉ NACIONAL"**; dichas modificaciones deberán constar por escrito, mediante la formalización del respectivo convenio modificadorio, y serán obligatorias a partir de la fecha de su firma.

VIGÉSIMA CUARTA.- JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA. Para todo lo relacionado con la interpretación, cumplimiento y ejecución de las obligaciones consignadas en el presente Acuerdo General, las **"PARTES"** se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales de la Ciudad de México, renunciando expresamente al fuero que pudiera corresponderles en razón de sus domicilios presentes o futuros, una vez agotada la instancia conciliatoria estipulada en la Cláusula Décima Séptima de este Acuerdo General.



Leído que fue el presente Acuerdo General y enteradas las **"PARTES"** de su contenido, alcance y fuerza legal, lo firman en cuadruplicado en la Ciudad de México, a los dos días del mes de marzo del año dos mil diecisiete.

POR EL EJECUTIVO FEDERAL



**DR. JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES
SECRETARIO DE SALUD**

**POR EL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL**



**Mtro. MIGUEL ANDONI ARRIOLA
PEÑALOSA
DIRECTOR GENERAL**

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



**LIC. JOSÉ REYES BAEZA TERRAZAS
DIRECTOR GENERAL**

REVISIÓN JURÍDICA
DIRECCIÓN JURÍDICA
SECRETARÍA DE SALUD
REVISADO EN CUANTO A LOS
EFECTOS JURÍDICOS

HOJA DE FIRMA PARA LA
ADHESIÓN AL ACUERDO
GENERAL DE COORDINACIÓN
PARA EL INTERCAMBIO DE
SERVICIOS, DE FECHA 3 DE
MARZO DE 2017.



DR. JUAN MANUEL CARRERAS LÓPEZ

**GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ**



San Luis Potosí, San Luis Potosí, a 3 de marzo de 2017.

HOJA DE FIRMA PARA LA
ADHESIÓN AL ACUERDO
GENERAL DE COORDINACIÓN
PARA EL INTERCAMBIO DE
SERVICIOS, DE FECHA 3 DE
MARZO DE 2017.



DR. JUAN MANUEL CARRERAS LÓPEZ

**GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ**



San Luis Potosí, San Luis Potosí, a 3 de marzo de 2017.



IMSS

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURO
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

ACUERDO NACIONAL HACIA LA UNIVERSALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

I. ANTECEDENTES

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social de las personas y uno de los componentes fundamentales para la prosperidad y el desarrollo de nuestra Nación.

El derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, es un derecho humano consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que trae consigo que la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, en el ámbito de sus respectivas competencias, tengan la obligación de promoverlo, respetarlo, protegerlo y garantizarlo de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Por ello, en aras de alcanzar un efectivo derecho a la protección de la salud, se han realizado diversas acciones a lo largo de la historia de nuestro país, tales como:

- a) Creación de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (1943-1959);
- b) Incorporación del derecho a la protección de la salud en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y expedición de la Ley General de Salud (1983-1984);



IMSS

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

-
- c) Inicio de la descentralización en materia de salud y culminación de su proceso, mediante la celebración del "Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud", suscrito por el Gobierno Federal, los gobiernos de cada una de las entidades federativas de la República Mexicana y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, así como la firma de los acuerdos de coordinación para concretar sus respectivas responsabilidades en la conducción y operación de los servicios de salud (1996);
 - d) Creación del Sistema de Protección Social en Salud (2003) con la finalidad de promover la cobertura universal del aseguramiento en salud y brindar protección financiera a la población no afiliada a las instituciones de seguridad social, y su reforma del año 2014, y
 - e) Expedición del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, que en su meta nacional México Incluyente, establece como una de sus estrategias avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal que garantice el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos.

II. DIAGNÓSTICO

El Estado Mexicano, se ha preocupado por construir un amplio sistema de salud, en el cual afiliar a su población, sin embargo, éste se caracteriza por su segmentación en múltiples subsistemas, donde diversos grupos de la población cuentan con derechos diferentes y en el que prevalece la participación de distintas instituciones verticalmente integradas, lo que limita alcanzar un acceso efectivo a los servicios de salud para dicha población que impide una mayor eficiencia del gasto en el sistema público de salud. Asimismo, dificulta el aprovechamiento pleno de su capacidad instalada en sus niveles de atención.



IMSS

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

En este sentido, no basta que la población se encuentre afiliada a alguno de los subsistemas de salud hoy vigentes, sino que, independientemente de su edad, lugar de residencia y especialmente de su condición social o laboral, debe tener acceso efectivo a los servicios de salud de cualquiera de ellos, y así, hacer realidad el derecho constitucional a la protección de la salud.

De esta manera, la segmentación por grupos de población, es el origen y principal fuente de inequidad del referido sistema, tanto en términos de financiamiento como de acceso a los servicios públicos, lo cual conlleva a una prestación de servicios de salud diferenciada en cuanto a la cobertura y calidad, limitando con ello la portabilidad del beneficio y la convergencia en la prestación de los servicios.

De igual forma, los indicadores muestran aún un limitado acceso a los servicios de salud en determinadas regiones del país, particularmente en aquéllas de alta marginación y dispersión poblacional, lo cual es inaceptable en términos de justicia social y representa en conjunto con otros factores, una barrera importante para la productividad y el crecimiento económico.

Respecto del factor humano, se advierte la necesidad de impulsar la formación y capacitación de especialistas médicos que satisfagan los requerimientos de los servicios de salud de la población, incorporándolos al sistema de salud, mediante una contratación que cumpla con todos los requisitos establecidos de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

En relación con el factor presupuestario, aun y cuando se han incrementado los recursos de salud, particularmente con la implementación del Sistema de Protección Social en Salud, se requiere de una evaluación a fondo de dicho Sistema, que permita concentrar esfuerzos para desarrollar y asegurar un acceso efectivo a los servicios de salud.



IMSS

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS MÉDICOS DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

Por otra parte, los datos demográficos y epidemiológicos indican que la demanda sobre el sistema de salud será cada vez mayor, poniendo en riesgo la sustentabilidad financiera de las instituciones públicas.

De ahí que para alcanzar la universalidad de los servicios de salud y darle viabilidad financiera al sistema, es indispensable, sin alterar sus estructuras organizativas, la población cautiva o sus modalidades de financiamiento, redefinir sus mecanismos de coordinación, para garantizar el uso ordenado de sus recursos financieros, la mejor utilización de la infraestructura hospitalaria y el óptimo desempeño de los recursos humanos, para de este modo, hacer efectiva y equitativa la protección de la salud para toda la población.

Lo anterior, requiere el diseño de nuevas estrategias de interrelación que se traduzcan en formas diferentes de manejar los recursos públicos disponibles para obtener mejores resultados en beneficio de la salud, a través de acciones articuladas y ordenadas de la Secretaría de Salud, las instituciones de seguridad social y los prestadores de servicios de salud de las entidades federativas.

Dentro de estas estrategias de interrelación, se deberá considerar, entre otros elementos, la formulación de políticas, el establecimiento de prioridades para la asignación de recursos, la acreditación de las instituciones para el desarrollo de las funciones de articulación y prestación de servicios, el fortalecimiento de los sistemas de información, la generación y uso de la misma, la definición de indicadores, criterios y estándares que midan la prestación del servicio y la calidad para la evaluación del desempeño de las organizaciones y la rendición de cuentas de cada institución y del sistema de salud en su conjunto.



IMSS

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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

III. OBJETIVO

El objetivo estratégico de este instrumento es generar la suma de voluntades y capacidades de las partes firmantes, así como el desarrollo de acciones coordinadas y articuladas que permitan a la población tener un acceso efectivo con calidad a los servicios de salud, independientemente de su edad, lugar de residencia o condición social o laboral y sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad, a fin de lograr gradualmente la universalización en la prestación de los servicios de salud.

IV. COMPROMISOS

1. Lograr mayores niveles de eficiencia y adecuada atención de las necesidades de la población, mediante la solidaridad y corresponsabilidad de la Secretaría de Salud, las instituciones de seguridad social y los prestadores de servicios de salud de las entidades federativas, para cumplir de una manera coordinada y ordenada con esta importante función de Estado, de tal forma, que la fragmentación jurídica institucional, que genera una serie de barreras en la prestación del servicio, deje de ser un obstáculo en términos financieros y operativos.
2. Fortalecer la coordinación de acciones entre el Programa IMSS-Prospera y el Sistema de Protección Social en Salud, así como con los demás sistemas de servicios de salud que forman parte del presente Acuerdo, por lo que hace a la atención médica de sus respectivos beneficiarios.
3. Alentar la construcción de un modelo de atención homogéneo, con una operación integrada y coordinada entre la Secretaría de Salud, las instituciones de seguridad social y los prestadores de servicios de salud de las entidades federativas.



IMSS

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

-
4. Avanzar en la construcción de una cultura de respeto a los derechos que tienen los usuarios de los servicios de salud, a fin de garantizar el acceso, calidad y oportunidad de la atención médica, así como la protección financiera de los usuarios.
 5. Impulsar la operación, uso y actualización continua del Padrón General de Salud, a fin de identificar a personas y relacionar su condición de aseguramiento en tiempo real, para permitirles acceder a los servicios a los que tienen derecho en cualquier institución de salud.
 6. Propugnar por el diseño y aplicación homogeneizados, de carácter interinstitucional, de guías de práctica clínica, protocolos de atención, grupos relacionados de diagnóstico (costos), expediente clínico electrónico y demás herramientas que coadyuven, a lograr en el mediano plazo, la universalización de los servicios de salud.
 7. Impulsar un sistema de salud eficiente, con mecanismos que permitan mejorar su desempeño y la calidad de los servicios, que consideren esquemas de planeación, evaluación del desempeño y rendición de cuentas a la población.
 8. Redefinir las directrices de coordinación del sistema de salud, para garantizar el uso ordenado de sus recursos financieros, la mejor utilización de la infraestructura hospitalaria y el óptimo desempeño de los recursos humanos, a fin de hacer efectiva y equitativa la protección de la salud para toda la población, mediante la celebración de instrumentos jurídicos entre las diversas instituciones del sector público, en los que se establezcan los compromisos, términos y condiciones, así como las formas de pago, con las que se garantizará la atención médica, sin tomar en consideración su afiliación o derechohabencia.

ASPECTOS JURÍDICOS
DIRECCIÓN JURÍDICA
DEPARTAMENTO DE CONVENCIONES
ASISTENTE SOCIAL



IMSS

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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

9. Fomentar la formación y capacitación de especialistas médicos que satisfagan los requerimientos de servicios de salud de la población, así como alentar una retribución adecuada.
10. Propiciar la corresponsabilidad de los derechohabientes y beneficiarios en el cuidado de su salud, mediante acciones que favorezcan la modificación de los determinantes que influyen en ella.

Este Acuerdo instituye una nueva forma de coordinación, entre la Secretaría de Salud, las instituciones de seguridad social y los prestadores de servicios de salud de las entidades federativas, con un enfoque de transversalidad y de derechos humanos, en aras de alcanzar el ejercicio real del derecho a la protección de la salud.

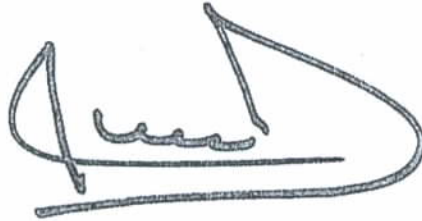
Por lo expuesto, los firmantes de este Acuerdo, manifiestan su conformidad en que las entidades federativas, así como las dependencias, organismos públicos descentralizados federales y estatales que presten servicios de salud, puedan adherirse al mismo, en cualquier tiempo, mediante la suscripción de la correspondiente hoja de firma, la que pasará a formar parte de este instrumento.

Los firmantes del presente Acuerdo, se comprometen a celebrar los instrumentos jurídicos que resulten necesarios para concretar los compromisos aquí estipulados.

Ciudad de México, a 7 de abril de 2016.

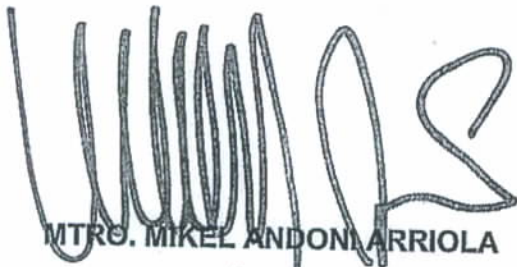
REVISADO EN CUANTO A LOS
ASPECTOS JURÍDICOS
DIRECCIÓN JURÍDICA
SECRETARÍA DE GOBIERNO
INTERMUNICIPALES

POR EL EJECUTIVO FEDERAL



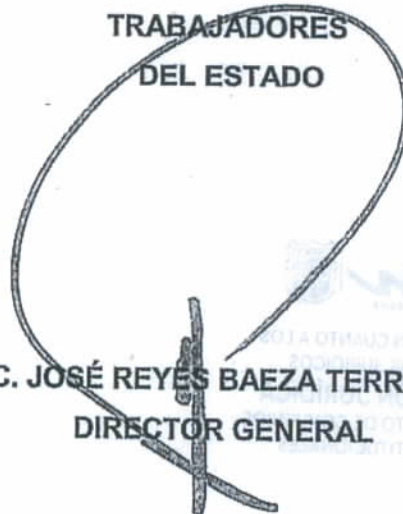
**DR. JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES
SECRETARIO DE SALUD Y
COORDINADOR DEL SECTOR SALUD**

**POR EL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL**



**MTRG. MIKEL ANDONI ARRIOLA
PEÑALOSA
DIRECTOR GENERAL**

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



**LIC. JOSÉ REYES BAEZA TERRAZAS
DIRECTOR GENERAL**