



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**

**NOMBRE Y CLAVE**

Procedimiento para la atención y registro de pacientes no derechohabientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social, beneficiadas por el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica  
2650-A03-006

**AUTORIZACIÓN**

**Aprobó**

\_\_\_\_\_  
Dra. Célida Duque Molina  
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

**Revisó**

\_\_\_\_\_  
Dr. Efraín Arizmendi Uribe  
Titular de la Unidad de Atención Médica

**Elaboró**

\_\_\_\_\_  
Dr. Carlos Fredy Cuevas García  
Titular de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

\_\_\_\_\_  
Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo  
Titular de la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel

**Elaboró**

\_\_\_\_\_  
Dra. Patricia Guillén Calzada  
División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal

**COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN  
Y COMPETITIVIDAD**

**MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO**

**ACTUALIZACIÓN 02 ABR 2024**

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, con pleno respeto a los derechos humanos y la no discriminación, así como prevenir los actos de corrupción".



## ÍNDICE

		<b>Página</b>
1	Base normativa	3
2	Objetivo	3
3	Ámbito de aplicación	3
4	Definiciones	4
5	Políticas	7
5.1	Generales	7
5.2	Específicas	9
6	Descripción de actividades	14
7	Diagrama de flujo	25
	Anexos	
Anexo 1	“Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009”.	33
Anexo 2	Manual del usuario Sistema para el Registro de la Emergencia Obstétrica SREO con las políticas de Uso.	52



## **1 Base normativa**

- Artículo 27, Fracción IV; Artículo 61 Bis y Artículo 64 Bis, de la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y sus reformas.
- Artículo 89, Fracción IV y V, de la Ley del Seguro Social publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y sus reformas.
- Artículo 115 Bis al 115 Bis 5 y sus fracciones, Capítulo V Bis, Disposiciones para la Atención de Urgencias Obstétricas, del Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986 y sus reformas.
- “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009” (Anexo 1), suscrito por la Secretaria de Salud, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el Instituto Mexicano del Seguro Social, firmado el 28 de mayo de 2009.
- Artículo 82, Fracción II, IV, X, XIV y XXI del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre del 2006 y sus reformas.
- Numerales 7.1.4.2, párrafo 1 y 7.1.4.2.4 párrafos 1 y 6, del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, validado y registrado el 29 de diciembre de 2023.

## **2 Objetivo**

Establecer los elementos normativos necesarios para la atención y registro de pacientes no derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, beneficiadas por el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, en las Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel de Atención, con la finalidad de proporcionar atención inmediata y de calidad, así como asegurar la incorporación de las intervenciones al Sistema para el Registro de la Emergencia Obstétrica (SREO) y de esta manera disponer de la información necesaria para la gestión del pago o del cobro de la contraprestación correspondiente.

## **3 Ámbito de aplicación**

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas y sus respectivas Coordinaciones en los OOAD Estatales o Regionales; así como para las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención y para la



Dirección Médica y Divisiones que de ella dependen de las Unidades Médicas de Alta Especialidad y Unidades Médicas Complementarias del Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### 4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

**4.1 ARIMAC:** Siglas del Área de Información Médica y Archivo Clínico integrada por los servidores públicos responsables del proceso de archivo clínico en las Unidades Médicas.

**4.2 CUSN:** Coordinación de Unidades de Segundo Nivel, dependiente de la Dirección de Prestaciones Médicas.

**4.3 certificación de vigencia de derechos al IMSS:** Procedimiento técnico administrativo para verificar que las mujeres atendidas por emergencia obstétrica en unidades no IMSS, tienen vigente el derecho a recibir las prestaciones y servicios que brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social.

**4.4 CGM:** Coordinación de Gestión Médica en la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

**4.5 CIAE:** Coordinación de Información y Análisis Estratégico dependiente de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, encargada del manejo de la información estadística.

**4.6 cuentas de ingreso:** Numeración alfanumérica (usuario y clave) que proporciona la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud para acceso al Sistema para el Registro de la Emergencia Obstétrica.

**4.7 DAGOP:** División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal, dependiente de la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel.

**4.8 Emergencia Obstétrica (EO):** Estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer y/o de su(s) hijo(s) durante el embarazo, parto y puerperio que requiere atención inmediata para salvar la vida.

**4.9 Equipo Técnico Médico:** Grupo multidisciplinario que participa en la atención del binomio durante su estancia en la unidad médica hospitalaria de segundo o tercer nivel de atención.

**4.10 expediente clínico de paciente no derechohabiente:** Documento que apertura el archivo clínico ARIMAC o el OIMAC, con el número de expediente que identifica a la paciente como no derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se integra



con formatos, documentos escritos, gráficos, imagenológicos, magnéticos, ópticos o magneto-ópticos, en los cuales el personal de salud registra la información correspondiente a la atención por EO.

**4.11 IMSS y/o Instituto:** Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

**4.13 JSPM:** Jefatura de Servicio de Prestaciones Médicas.

**4.14 Manual del Usuario Sistema para el Registro de la Emergencia Obstétrica:** Documento que describe las atribuciones y tiempos para el uso y registro de las atenciones otorgadas a pacientes con EO.

**4.15 no derechohabiente:** Mujer que no cuenta con afiliación a una Institución de servicio médico.

**4.16 OOAD:** Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada que representa al Instituto Mexicano del Seguro Social, con las facultades generales y especiales que otorga la Ley del Seguro Social, se refiere a los Estatales y Regionales que se determinan en el Artículo 2, fracción IV, inciso a), del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**4.17 OIMAC:** Oficina de Información Médica y Archivo Clínico, integrada por las y los servidores públicos responsables de la generación de información en salud y del proceso del archivo clínico en las Unidades Médicas de Alta Especialidad cuyas funciones están descritas en el Manual Organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad.

**4.18 paciente espontánea o directa:** Mujer que solicita atención por probable emergencia obstétrica, a la unidad de tococirugía o al servicio de urgencias o admisión continúa en Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel de Atención.

**4.19 paciente referida:** Mujer enviada por otra Institución de salud o por Unidades Médicas del IMSS mediante documento técnico-médico de referencia a Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel de Atención de las instituciones firmantes del “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009” (Anexo 1).

**4.20 nota de referencia:** Documento médico administrativo que facilita el envío, recepción y regreso de la paciente, entre las Unidades Médicas dependientes de las instituciones firmantes del “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009” (Anexo 1).

**4.21 NSS:** El número de seguridad social del derechohabiente internado debe estar conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente



distribución de bloques: Cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion. Para los pacientes que no acreditaron su calidad de derechohabientes, se denomina número conformado, ejemplo: "No derechohabiente" 0405-16-9301.

**4.22 SREO:** Sistema en línea diseñado para el control y seguimiento de las atenciones otorgadas al amparo del "Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009" (Anexo 1), mediante el registro de los datos de las mujeres atendidas, la validación de la información clínica, la generación automática la solicitud de pago y los formatos de contraprestación; así como la fecha de pago por la contraprestación de los costos entre las instituciones.

**4.23 SS:** Secretaria de Salud.

**4.24 Triage:** Sistema que clasifica y selecciona a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias, su objetivo es priorizar la atención médica con base al nivel de gravedad;

**4.25 UMAE (Unidad Médica de Alta Especialidad):** Unidad que otorga atención médica de alta especialidad a los pacientes y que fomenta la educación y la investigación en salud.

**4.26 usuario del SREO:** Personal directivo autorizado para hacer uso del SREO en cada módulo, al que se le asigna una clave y/o contraseña de acceso al SREO, de acuerdo con la categoría y el perfil establecido en este Procedimiento.

**4.27 usuario para el "Registro de atención":** Médico de la CGM en la JSPM o Jefe de División Médico-Quirúrgica designado por el Director de UMAE, de Unidades Médicas de Alta Especialidad a quienes se les asigna una clave y contraseña de acceso, para cada uno de los hospitales de su circunscripción incluidos en el "Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009" (Anexo 1), a fin de registrar en el SREO la atención otorgada.

Los usuarios con este perfil son responsables del registro a detalle de la atención brindada a la mujer y a su(s) neonato(s) a su egreso del hospital. En caso de haber sido necesaria la referencia de los neonatos a otra Unidad Médica, también deberá registrar los datos de referencia requeridos en el sistema. En el "Manual del Usuario Sistema para el Registro de la Emergencia Obstétrica (SREO) con las políticas de uso" (Anexo 2) el registro de atención la realiza personal de las Unidades Médicas de los Servicios Estatales en Salud y de la Secretaría de Salud, en el IMSS se realiza por personal de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

**4.28 usuario "Validador del registro de la atención":** Médico, adscrito a la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal, encargado de verificar la consistencia y veracidad de la información registrada por los usuarios para el "Registro de la atención". Para tal efecto podrá modificar para especificar la información registrada y deberá aprobar el registro para generar la solicitud de pago o en su caso, su cancelación, reflejando esa



postura en el sistema en un plazo máximo de 30 días naturales contados a partir de la fecha egreso del binomio o al egresar el que estuvo más tiempo hospitalizado (la madre o el recién nacido).

**4.29 usuario para la “Validación clínica de las atenciones otorgadas por otra institución”:** Médico adscrito a la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal, encargado de verificar la consistencia de la información ingresada al SREO por la atención otorgada en las Unidades Médicas del ISSSTE y la SS a las mujeres derechohabientes del IMSS con probable EO.

Para tal efecto podrá modificar la información registrada y deberá aprobar el registro para generar la solicitud de pago, en su caso, su cancelación, reflejando esa postura en el sistema en un plazo máximo de 30 días naturales contados a partir de la fecha egreso del binomio o a partir del egreso de la madre o recién nacido quién fue dado de alta del hospital al último.

**4.30 usuario “Registro de los pagos”:** Personal de la División de Información Directiva, dependiente de la Coordinación de Estrategia y Planeación Financiera encargado de ingresar al SREO para autorización y/o seguimiento a los pagos por la atención otorgada con motivo del “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009” (Anexo 1).

**4.31 UTQ:** (Unidad Tocoquirúrgica) área destinada para otorgar atención a la mujer que solicite y amerite atención Ginecoobstétrica en las Unidades Médicas Hospitalarias, integrada por diferentes áreas: Admisión, labor, salas de expulsión, quirófano (de acuerdo con el tamaño del hospital), recuperación y para la atención de los neonatos.

## **5 Políticas**

### **5.1 Generales**

**5.1.1** La entrada en vigor del presente documento actualiza y deja sin efecto al “Procedimiento para la atención y registro de pacientes no derechohabientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social, beneficiadas por el “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009” (Anexo 1)”, clave 2650-B03-005, validado y registrado el 02 de marzo 2020.

**5.1.2** El incumplimiento del contenido normativo por parte de las personas servidoras públicas involucradas en el presente documento será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y demás disposiciones aplicables al respecto.

**5.1.3** El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS, con los principios constitucionales de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia, a través de las pautas de conducta de las personas servidoras públicas del IMSS, cuyos



compromisos son: desarrollar ambientes laborales libres de violencia; de respeto a los derechos humanos; de igualdad y a la no discriminación; de integridad y prevención de conflictos de interés en el uso del cargo y en la asignación de recursos públicos; y contra las conductas que pudieran constituir actos de corrupción, aprobado por el Consejo Técnico mediante Acuerdo: ACDO.SA2.HCT.260124/19.P.DA, de fecha 26 de enero de 2024.

**5.1.4** El personal involucrado en el presente documento deberá guardar total confidencialidad y discreción respecto al asunto en cuestión, esto incluye el deber de no informar o dar indicio a cualquier persona que no esté involucrada directamente con el proceso, sobre información, documentación y demás datos relacionados con dichos asuntos, los cuales tienen el carácter de ser clasificados como información reservada y confidencial, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 22 y 303 de la Ley del Seguro Social, 16 y 31 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y 110, fracciones VI, VII y VIII, 113, fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso la Información Pública.

**5.1.5** El personal directivo de la JSPM del OOAD y de la Dirección Médica de UMAE; así como el personal directivo y operativo de las Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel de Atención, que participan en la atención de las mujeres con EO no derechohabientes del IMSS, cumplirán y harán cumplir con lo establecido en el Código de Conducta de las y los Servidores Públicos del IMSS.

**5.1.6** En los Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención, que otorgan atención obstétrica se deberá aplicar Triage obstétrico con el propósito de priorizar la necesidad de atención de acuerdo con la gravedad de la mujer en etapa grávido-puerperal.

**5.1.7** Las mujeres embarazadas que presenten una probable EO, recibirán atención inmediata por un Médico de base o Directivo, independientemente de que sea solicitada de manera espontánea, directa o a través de la referencia de otra Unidad Médica; sin importar su afiliación a cualquier esquema de aseguramiento apegados a la política cero rechazo.

**5.1.8** Cuando la mujer con Emergencia Obstétrica, corresponda al Programa IMSS-BIENESTAR, la atención se otorgará por el Acuerdo 126/2006 del H. Consejo Técnico del IMSS y el "Procedimiento para aceptar y atender en las unidades hospitalarias de régimen obligatorio a las mujeres con embarazo de alto riesgo o con emergencia obstétrica referidas por las Unidades Médicas del Programa IMSS PROSPERA", clave 2650-003-003 de igual manera la atención obstétrica proporcionada a la beneficiaria hija menor de 16 años como establece HCT en el "Procedimiento para solicitar, autorizar, otorgar y cuantificar el importe de la atención obstétrica proporcionada a la beneficiaria hija menor de 16 años, por Acuerdo del Honorable Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social", clave 2650-A03-004.

**5.1.9** En los OOAD y las UMAE que lleven a cabo convenios de intercambio de servicios, contratos de subrogación, contratos de servicio o cualquier otro instrumento jurídico que tenga como finalidad el cobro o pago por servicios prestados o recibidos aun cuando sean clasificados como emergencia obstétrica, no deberá promover, ni realizar el registro de esos casos en el SREO, toda vez que el "Convenio General de Colaboración





Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009” (Anexo 1) no es el único instrumento que puede amparar dicha atención.

**5.1.10** Los usuarios con perfil “Registro de los pagos” son responsables de tramitar o realizar el pago de las atenciones recibidas por la población objeto de su cobertura, una vez efectuada la validación clínica de las atenciones otorgadas por otra Institución, por las cuales se tiene reconocido un adeudo. También es responsable de gestionar al interior de su institución, se lleve a cabo el pago para dar debido cumplimiento al “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009” (Anexo 1) y al “Manual del Usuario Sistema para el Registro de la Emergencia Obstétrica (SREO) con las políticas de uso”. (Anexo 2); así como elaborar el oficio con las facturas de los pagos realizados por la atención de emergencia obstétrica otorgada a derechohabientes del IMSS y enviar al titular de la DAGOP para su firma.

**5.1.11** El IMSS a través de la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal recibirá de la Mesa de apoyo del Convenio de Emergencias Obstétricas a cargo de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), dependiente de la Secretaría de Salud las claves de ingreso al SREO por cada Unidad Médica de Segundo y Tercer Nivel de Atención del Instituto, que esté incluida en el “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009” (Anexo 1).

**5.1.12** La División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal enviará a los Jefes de Prestaciones Médicas en los OOAD las claves y contraseñas de ingreso al SREO para que designen entre su personal al responsable del registro en el SREO.

**5.1.13** La División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal enviará al Director Médico de la UMAE las claves y contraseñas de ingreso al SREO para que éste designe entre su personal al responsable del registro en el SREO.

**5.1.14** La CUSN, a través de la DAGOP tendrá la facultad de interpretar para efectos administrativos el presente Procedimiento y resolver los casos especiales y los no previstos, solicitando asesoría y apoyo cuando así se requiera de la Mesa de apoyo del Convenio de Emergencia Obstétrica a cargo de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), dependiente de la Secretaría de Salud.

## **5.2 Específicas**

### **Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas**

**5.2.1** Realizará la difusión del presente procedimiento al personal directivo de las Unidades Médicas a su cargo y vigilará y supervisará su implementación e implantación, con apoyo del personal de las coordinaciones adscritas a la JSPM.

**5.2.2** Será responsable de apoyar e impulsar la capacitación, asesoría y/o adiestramiento en servicio, del personal directivo involucrado en la aplicación del presente procedimiento, en colaboración con el personal de las Coordinaciones adscritas a las JSPM.



**5.2.3** Proporcionará la información que se requiera a la DAGOP, para dar cumplimiento al “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009” (Anexo 1).

**5.2.4** Será el encargado de designar entre su personal al responsable del registro en el SREO.

#### **Titular de la Dirección Médica de UMAE**

**5.2.5** Realizará la difusión del presente procedimiento al personal directivo de las Unidades Médicas que forman parte de la UMAE, vigilará y supervisará su implementación e implantación, con apoyo del personal de las Coordinaciones y Divisiones médico-quirúrgicas adscritas a la Dirección Médica.

**5.2.6** Será responsable de apoyar e impulsar la capacitación, asesoría y/o adiestramiento en servicio, del personal directivo involucrado en la aplicación del presente procedimiento, en colaboración con el personal de Dirección de Educación e Investigación en Salud de la UMAE.

**5.2.7** Proporcionará la información que se requiera a la DAGOP, para dar cumplimiento al “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009” (Anexo 1).

**5.2.8** Será el encargado de designar entre su personal al responsable del registro en el SREO

#### **Director de Unidad Médica de Segundo Nivel de Atención y Director Médico de Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención**

**5.2.9** Será responsable de apoyar e impulsar la difusión, asesoría, capacitación y/o adiestramiento en servicio del personal de la Unidad Médica, involucrado directa o indirectamente en la aplicación del presente procedimiento.

**5.2.10** Vigilará a través del Cuerpo de Gobierno de la Unidad Médica, el cumplimiento de los criterios y procedimientos para informar, orientar, y otorgar la atención de la EO a las mujeres no derechohabientes del IMSS.

#### **Director de Unidad Médica de Segundo Nivel de Atención**

**5.2.11** Enviará a la JSPM, en los tiempos establecidos en este procedimiento, la documentación que sustente los casos de emergencia obstétrica atendidos, para lo cual dispondrá del apoyo del: Jefe de División Coordinador Clínico de Turno, Coordinador Clínico de Ginecoobstetricia, y los Jefes de Servicio o Área, según sea el caso.



## **Director Médico de Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención**

**5.2.12** Designará al personal de la División médico-quirúrgica responsable de vigilar que los casos de emergencia obstétrica atendidos tengan la documentación requerida en los tiempos establecidos en este procedimiento, con la participación y apoyo de otros directivos: Jefe de División, Coordinador Médico de turno, Jefes de Departamento Clínico, en su ámbito de competencia.

## **Personal de salud directivo y operativo de las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención y Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención**

**5.2.13** Proporcionará atención a la mujer en etapa grávido-puerperal, no derechohabiente al IMSS, que presente EO, con trato amable y digno, con respeto a sus características individuales y derechos humanos, sin discriminación de ninguna índole y apegado a los derechos de la mujer embarazada.

**5.2.14** Otorgará atención a la mujer en etapa grávido-puerperal, no derechohabiente del IMSS, con EO y a su neonato, de acuerdo con el “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009” (Anexo 1) y conforme al “Procedimiento para otorgar Atención Materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención”, clave 2650-A03-005; las guías de práctica clínica y/o los protocolos de atención vigentes; así como los criterios y actividades descritas en este Procedimiento.

**5.2.15** Brindará información completa, veraz y oportuna a la mujer con EO, no derechohabiente del IMSS y a su familia o acompañante, durante su estancia hospitalaria, en relación con el diagnóstico, pronóstico, el tratamiento de ella y, en su caso, de su neonato, sobre los procedimientos a realizar para su autorización y/o referencia a otra Unidad Médica.

## **Personal de la Coordinación de Gestión Médica de la JSPM o de la Dirección Médica de UMAE**

**5.2.16** Verifica que se cumplan los siguientes criterios para el uso adecuado del SREO:

### **5.2.14.1. Cuentas de ingreso:**

Que al usuario del SREO se le asigne una cuenta (identificación y clave) y se le notifique que será responsable del correcto uso de la misma, que no debe compartirla con terceras personas, ni divulgarla por ningún medio. El incumplimiento de este apartado, se considerará una violación a la seguridad de la información.

### **5.2.14.2. Tiempos para el registro:**

El tiempo total entre el egreso hospitalario de la mujer atendida al amparo del “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica,



del 28 de mayo 2009” (Anexo 1) y la validación de la información registrada en el SREO no debe ser mayor a 30 días naturales; para ello, es necesario que el personal se ajuste a los siguientes tiempos:

#### **5.2.14.2.1. Usuario para el “Registro de la atención”:**

- Cuando la paciente y el o los neonato(s) egresa(n) el mismo día; el tiempo para registrar los datos de la atención brindada, debe ser menor de 7 días naturales a partir del egreso hospitalario.
- Cuando el o los neonato(s) son dados de alta en fecha posterior a la mamá; el tiempo para registrar la información del recién nacido en el SREO será de un máximo de 7 días naturales a partir del egreso hospitalario.
- Cuando el o los neonato(s) egresa(n) antes que la madre; el tiempo para su captura en el SREO será de un máximo de 7 días naturales a partir del egreso hospitalario de la mamá.

#### **5.2.14.2.2. Usuario “Validador del registro de atención”:**

Recibe vía correo electrónico información clínica de cada uno de los casos registrados en el SREO por los “Usuarios para el registro de la atención”, verifica, la consistencia y veracidad de la información capturada y autoriza o no en el SREO, en un lapso no mayor a 7 días naturales. Cuando no se autoriza, se guardan los datos en el SREO y se cancela automáticamente la posibilidad de cobro.

#### **5.2.14.2.3. Usuario para la “Validación clínica de las atenciones otorgadas por otra institución”:**

- Ingresa al SREO en periodos no mayores a 5 días hábiles, para revisar si se tiene o no registro de una o más mujeres derechohabientes del IMSS que hayan recibido atención por EO en los hospitales del ISSSTE o de la SS.
- Solicitará vía correo electrónico, a la División de Vigencia de Derechos, de la Coordinación de Clasificación de Empresas y Vigencia de Derechos, la verificación de la vigencia de derechos al IMSS de las mujeres registradas como derechohabientes del IMSS que hayan recibido atención por EO en los hospitales del ISSSTE o de la SS. La División de Vigencia de Derechos regresará el resultado de la consulta vía correo electrónico, en un lapso no mayor a 5 días hábiles a partir de la recepción de la solicitud vía correo electrónico. Para los casos que resulten con vigencia de derechos, se incluirá la Unidad de Medicina Familiar de adscripción.
- Con el resultado de la verificación de la vigencia (derechohabiente del IMSS vigente o no vigente) y el análisis de la “Cédula de registro” de la atención otorgada que muestra el SREO, selecciona el botón “Acepta” o “Rechaza” la atención recibida por la



paciente. Lo anterior en un plazo no mayor a 30 días naturales a partir de la fecha en que se realizó la validación del caso por la institución que otorgó la atención.

El presente procedimiento tiene como documentos de referencia, los siguientes:

- Ley General de Responsabilidades Administrativas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de julio de 2016 y sus reformas.
- Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y sus reformas.
- DECRETO por el que se adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de noviembre 2015.
- Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006 y sus reformas.



Responsable	Descripción de actividades
<p><b>6. Descripción de actividades</b></p> <p>Personal de Salud (Enfermera o Médico) asignados al Triage Obstétrico</p> <p>Asistente Médica</p>	<p style="text-align: center;"><b>Etapa I</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Triage Admisión en la Unidad Tocoquirúrgica o Urgencias</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Realiza actividades 152 a 172 del “Procedimiento para otorgar atención materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención”, clave 2650-A03-005.</li><li>2. Recibe de la Enfermera General o Auxiliar de Enfermería el formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 y las “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y/o la “Nota de referencia” con la que llegó la paciente no derechohabiente para gestionar la elaboración del expediente clínico con el personal de ARIMAC u OIMAC.  NOTA 1: Cuando el familiar no entregue la documentación deberá informar que es necesario entregarla antes de 24 horas para continuar con los trámites correspondientes.  NOTA 2: El formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 es el anexo 7 del “Procedimiento para otorgar atención materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención”, clave 2650-A03-005.</li><li>3. Solicita al familiar o acompañante de la paciente copia del INE, carnet de la institución que otorga atención médica si cuenta con esta y un comprobante de domicilio</li><li>4. Registra los datos de la paciente al ingreso a UTQ en el formato “Ingreso, Registro diario hospital, 4-30-21/17-I”, clave 2E10-009-003.  NOTA: El formato “Ingreso, Registro diario hospital, 4-30-21/17-I”, clave 2E10-009-003 es el anexo 3 del “Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo”, clave 2E10-003-002.</li><li>5. Solicita, al personal del ARIMAC u OIMAC la elaboración del “Expediente clínico”, con el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” e</li></ol>





<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>																				
Personal del ARIMAC u OIMAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las siguientes seis posiciones corresponden al año, mes y día de nacimiento. <table border="1" style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="border: none;">1,2</td> <td style="border: none;">3</td> <td style="border: none;">4</td> <td style="border: none;">Fecha de nacimiento (Año / Mes /Día)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Soto</td> <td style="border: none;">López</td> <td style="border: none;">María Isabel</td> <td style="border: none;"><b>1990/11/27</b></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">SO</td> <td style="border: none;">L</td> <td style="border: none;">I</td> <td style="border: none;"><b>901127-1</b></td> </tr> </table> </li> <li>- La última posición es un número consecutivo que se asigna a los casos en los que el número de identificación sea igual para diferentes pacientes.  Ejemplo: María Isabel Soto López fecha de nacimiento 27/11/1990:  SOLI901127-1  <b>Agregado de identificación:</b></li> <li>- La primera posición es "0" (cero) que representa a la paciente No Derechohabiente.</li> <li>- La segunda posición es la letra F que representa al género femenino.</li> <li>- Las siguientes cuatro posiciones corresponden al año de nacimiento de la paciente y</li> <li>- Las últimas dos (siete y ocho posiciones) son las letras EO que identifican la "emergencia obstétrica". Ejemplo:  0F1990EO   <table border="1" style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="border: none;">1</td> <td style="border: none;">2</td> <td style="border: none;">3,4,5,6</td> <td style="border: none;">7,8</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><b>0</b></td> <td style="border: none;"><b>F</b></td> <td style="border: none;"><b>1990</b></td> <td style="border: none;"><b>EO</b></td> </tr> </table> </li> </ul> <p><b>Número de identificación completo:</b> SOLI901127-1 0F1990EO</p> <p><b>8.</b> Elabora el "Expediente clínico", anota el NSS (número conformado) y el agregado de identificación en la "Carpeta de contención 2019 (cubierta)" y en todos los formatos que integran el "Expediente clínico".</p> <p>NOTA: la "Carpeta de contención 2019 (cubierta)" es el anexo</p>	1,2	3	4	Fecha de nacimiento (Año / Mes /Día)	Soto	López	María Isabel	<b>1990/11/27</b>	SO	L	I	<b>901127-1</b>	1	2	3,4,5,6	7,8	<b>0</b>	<b>F</b>	<b>1990</b>	<b>EO</b>
1,2	3	4	Fecha de nacimiento (Año / Mes /Día)																		
Soto	López	María Isabel	<b>1990/11/27</b>																		
SO	L	I	<b>901127-1</b>																		
1	2	3,4,5,6	7,8																		
<b>0</b>	<b>F</b>	<b>1990</b>	<b>EO</b>																		





Responsable	Descripción de actividades
Personal del ARIMAC u OIMAC	<p>1 del "Procedimiento para la apertura, integración, archivo, control, revisión sistemática de la vigencia y valor documental del Expediente Clínico en papel, en las Áreas de Información Médica y Archivo Clínico de la Unidad de Medicina Familiar con Servicio de Hospitalización y Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel de Atención", clave 2E10-003-03.</p> <p>9. Coloca en la "Carpeta de contención 2019 (cubierta)" del "Expediente clínico" el sello de <b>NO vigencia del IMSS</b> y anota la leyenda "Convenio de Emergencia Obstétrica".</p> <p>10. Incorpora al "Expediente clínico" los documentos de la atención médica: "Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72"; en su caso, la copia de la "Póliza del seguro popular" o comprobante de afiliación a otra institución y copia de la "Credencial de identificación".</p> <p>11. Entrega a la Asistente Médica el "Expediente clínico".</p>
Asistente Médica	<p style="text-align: center;"><b>Etapas III Atención Médica</b></p> <p>12. Recibe del personal del ARIMAC u OIMAC, o el mensajero el "Expediente clínico" y entrega el "Vale al archivo por el expediente, 4-30-9/19", clave 2E10-009-026.</p> <p>NOTA: El formato "Vale al archivo por el expediente, 4-30-9/19", clave 2E10-009-026 es el anexo 2 del "Procedimiento para la apertura, integración, archivo, control, revisión sistemática de la vigencia y valor documental del Expediente Clínico en papel, en las Áreas de Información Médica y Archivo Clínico de la Unidad de Medicina Familiar con Servicio de Hospitalización y Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel de Atención", clave 2E10-003-002.</p> <p>13. Anota, en el formato "Registro de pacientes hospitalizados, 4-30-51/72", con letra legible los datos requeridos, en especial:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Domicilio completo de la paciente (calle, número interior y exterior, colonia, municipio o delegación, entidad federativa, código postal).</li><li>- Teléfono y nombre de la persona legalmente responsable.</li></ul>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Asistente Médica	<p>- Número de expediente asignado por ARIMAC u OIMAC.</p>
Enfermera General o Auxiliar de Enfermera	<p><b>14.</b> Entrega el “Expediente clínico” a la Enfermera de Admisión de la UTQ o del Servicio de Admisión Continua o Urgencias.</p> <p><b>15.</b> Realiza actividades de la 190 a 277 del “Procedimiento para otorgar Atención Materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención”, clave 2650-A03-005.</p> <p><b>16.</b> Recibe el “Expediente clínico”, para entregarlo al Médico No Familiar Ginecoobstetra, realiza, las actividades que le corresponden, señaladas en el “Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo”, clave 2E10-003-002.</p>
Equipo Técnico Médico	<p style="text-align: center;"><b>Etapas IV</b> <b>Egreso de la embarazada o puérpera</b></p> <p><b>17.</b> Realiza actividades de la 278 a 299 del “Procedimiento para otorgar atención materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención”, clave 2650-A03-005.</p> <p><b>18.</b> Registra los datos de la madre y su(s) hijo(s) en la hoja “Egresos, registro diario hospital, 4-30-21/17-E”, clave 2E10-009-004, la entrega al terminar el turno laboral, junto con los “Expedientes clínicos” al personal de ARIMAC u OIMAC y recupera el “Vale al archivo por el expediente, 4-30-9/19”, clave 2E10-009-026.</p> <p>NOTA: El formato “Egresos, registro diario hospital”, 4-30-21/17-E”, clave 2E10-009-004 es el anexo 4 del “Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo”, clave 2E10-003-002.</p>
Personal de ARIMAC u OIMAC	<p><b>19.</b> Recibe al término de la jornada o en el turno matutino inmediato hábil, los documentos de la atención a la paciente no derechohabiente del IMSS que se atendió y clasificó como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>NO emergencia obstétrica</b> documentos descritos</li></ul>



Responsable	Descripción de actividades
Personal de ARIMAC u OIMAC	en la actividad 181 del “Procedimiento para otorgar atención materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención”, clave 2650-A03-005
	- <b>SI emergencia obstétrica</b> se realizan actividades 176 a 298 del “Procedimiento para otorgar atención materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención”, clave 2650-A03-005.
	Incluye el “Expediente clínico” completo del o los neonatos.
	<b>Etapa V Registro en el SREO Fase 1</b>
	<b>Registro de atenciones otorgadas en el IMSS</b>
Jefe de la OIMAC en Unidades Médicas de Tercer Nivel y Jefe o Encargado del ARIMAC en Unidades Médicas de Segundo Nivel	<b>20.</b> Envía con “Memorándum” al Director de la Unidad Médica de Segundo Nivel o al Director Médico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención, el “Expediente clínico”, de las pacientes no derechohabientes atendidas como <b>SI</b> o <b>NO</b> emergencia obstétrica, al siguiente día hábil de su recepción, con el propósito de revisar el o los caso(s) para su registro en el SREO.
	<b>Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención</b>
	Continúa en la actividad 30.
	<b>Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención</b>
Director de la Unidad Médica de Segundo Nivel	<b>21.</b> Recibe del ARIMAC los documentos y/o el “Expediente clínico”, firma el “Memorándum” como comprobante de la recepción.
	<b>22.</b> Obtiene en un máximo de 48 horas, una copia, de los documentos y/o el “Expediente clínico” de la atención a la paciente no derechohabiente del IMSS clasificada como <b>NO</b> o <b>SI emergencia obstétrica</b> , así como el “Expediente clínico” del o los recién nacido(s).



Responsable	Descripción de actividades
Director de la Unidad Médica de Segundo Nivel	<p><b>23.</b> Envía mediante oficio copia de los documentos y/o del “Expediente clínico” de la atención otorgada a la JSPM con atención a la CGM, en un plazo no mayor a dos días hábiles para su registro en el SREO.</p>
Personal de ARIMAC	<p><b>24.</b> Envía el original de los documentos de la atención o del “Expediente clínico” al ARIMAC, para su guarda y custodia, recaba el “Vale al archivo por el expediente, 4-30-9/19”, clave 2E10-009-026 con la firma de recibido.</p> <p><b>25.</b> Recibe el original de los “Expedientes clínicos”, para su guarda en el archivo clínico en la “Sección de defunciones e indepurables”, apartado de “Emergencias Obstétricas a No derechohabientes del IMSS”, para su custodia por un periodo de 5 años, tomando en cuenta que se trata de <b>documentos auditables</b> o hasta 10 años en caso de situación Médico Legal.</p>
Coordinador de Gestión Médica	<p><b>26.</b> Recibe del Director de la Unidad Médica de Segundo Nivel, <b>en los siguientes 5 días</b>, después del egreso hospitalario, las copias legibles de los documentos y/o “Expediente clínico” de la atención proporcionada a las pacientes no derechohabientes del IMSS y de su(s) neonato(s) clasificadas como <b>SI</b> o <b>NO emergencia obstétrica</b>.</p> <p><b>27.</b> Revisa los documentos de los casos de <b>NO</b> y <b>SI</b> emergencia obstétrica enviados por el hospital de segundo Nivel, de ser necesario solicita más información y escanea <b>legibles, con baja resolución</b> los “Documentos” y/o el “Expediente clínico”.</p>
Usuario para el “Registro de Atención”	<p><b>28.</b> Ingresa al SREO como Usuario para el “registro de atención” con la cuenta (usuario y clave) del hospital de Segundo Nivel que participa en el “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009” (Anexo 1) y que la atendió.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Usuario para el "Registro de Atención"</p> <p>Director Médico de la Unidad de Tercer Nivel de Atención responsable del ingreso al SREO</p> <p>Jefe de la División Médico-Quirúrgica de las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención</p> <p>Usuario para el "Registro de Atención"</p>	<p><b>29.</b> Registra, en el SREO en un lapso no mayor a 48 horas posterior a la recepción de los documentos o de los "Expedientes clínicos", los datos que le solicita el sistema de acuerdo con el "Manual del Usuario Sistema para el Registro de la Emergencia Obstétrica (SREO) con las políticas de uso", (Anexo 2).</p> <p>NOTA: En caso de incidencias, informa a la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal.</p> <p>Continúa en la actividad 36.</p> <p><b>Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención</b></p> <p><b>30.</b> Recibe del OIMAC en las siguientes 24 horas posteriores al egreso de la paciente, los documentos y/o el "Expediente clínico", en orden; firma el "Memorándum" como comprobante de la recepción.</p> <p><b>31.</b> Recibe, del Director Médico, diariamente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Los documentos de la atención proporcionada a las pacientes no derechohabientes del IMSS atendidas y calificadas como <b>NO emergencia obstétrica</b>.</li><li>- El "Expediente clínico" de la atención proporcionada a las pacientes no derechohabientes del IMSS atendidas y clasificadas como <b>SI emergencia obstétrica</b>, en su caso, la documentación del neonato o neonatos.</li></ul> <p><b>32.</b> Analiza la información de los documentos de los casos de NO y SI emergencia obstétrica.</p> <p><b>33.</b> Ingresa al SREO con la cuenta (usuario y clave), registra en un lapso no mayor a 7 días, los datos de cada caso, tanto de la NO emergencia obstétrica como de la SI emergencia, que le solicita el sistema de acuerdo con el "Manual del Usuario Sistema para el Registro de la Emergencia Obstétrica (SREO) con las políticas de uso", (Anexo 2).</p> <p><b>34.</b> Escanea los "Documentos" y/o el "Expediente clínico", entrega el original de los "Documentos" y/o el "Expediente clínico" de la atención, al Jefe del</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Usuario para el "Registro de Atención"</p> <p>Personal del OIMAC</p> <p>Director Médico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención responsable del ingreso al SREO y Coordinador de Gestión Médica</p>	<p>OIMAC, recaba firma de recepción en el "Vale al archivo por el expediente, 4-30-9/19", clave 2E10-009-026.</p> <p><b>35.</b> Recibe el original de los "Documentos" y/o del "Expediente clínico" para su guarda en el archivo clínico en la sección de defunciones e indepurables, apartado "Emergencias Obstétricas a No derechohabientes del IMSS" para su custodia por un periodo de 5 años, tomando en cuenta que se trata de <b>documentos auditables</b>.</p> <p><b>36.</b> Envía a la DAGOP, mediante correo electrónico, los documentos, <b>escaneados, legibles, con baja resolución</b>, de cada caso de "SI emergencia obstétrica", de la mujer y su(s) neonato(s) y la "Cédula de registro", en un lapso no mayor a 2 días hábiles, a partir del registro en el SREO:</p> <p><b>a.</b> De la mamá:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- "Nota de referencia" con la que llegó.</li><li>- "Nota de valoración médica en UTQ" (inicial).</li><li>- "Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72".</li><li>- El "Registro de pacientes hospitalizados", 4-30-51/72.</li><li>- La "nota médica de egreso".</li><li>- La "Hoja de Alta Hospitalaria, Alta 1/21", clave 2E10-009-013 (anexo 6).</li><li>- La credencial del INE/IFE. En menor de edad la credencial con fotografía.</li><li>- La copia de la derechohabiencia a otra institución de salud.</li></ul> <p><b>b.</b> De(los) neonato(s):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- "Nota de valoración médica del recién nacido en UTQ".</li><li>- La nota médica de egreso hospitalario.</li><li>- Cuando se traslade a otra Unidad Médica para recibir atención la "Nota de referencia".</li></ul>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Directivo de la DAGOP denominado Usuario “validador del registro de la atención”</p>	<p><b>37.</b> Recibe del Director Médico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención y del Coordinador de Gestión Médica de la JSPM, responsables del ingreso al SREO, vía correo electrónico, los documentos descritos en la actividad anterior.</p> <p><b>38.</b> Ingresar con la cuenta de usuario “validador del registro de la atención” al SREO, para analizar los casos registrados por las Delegaciones y Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención en el “Listado de pendientes por validar”, de acuerdo con el “Manual del Usuario Sistema para el registro de la emergencia obstétrica (SREO) con las políticas de uso”, (Anexo 2).</p> <p><b>39.</b> Valida el “Resumen de la atención” que yace en la plataforma de SREO con base a la información clínica proporcionada por los OOAD y Unidades Médicas de acuerdo con el “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, del 28 de mayo 2009” (Anexo 1) y procede conforme al caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>Si se considera emergencia obstétrica</b></p> <p>Continúa en la actividad 44.</p> <p style="text-align: center;"><b>No se considera emergencia obstétrica</b></p>
<p>Director Médico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención / CGM o responsables del ingreso al SREO</p>	<p><b>40.</b> Sale del SREO sin validar o rechazar el “Resumen de la atención”.</p> <p><b>41.</b> Solicita, en su caso, por correo electrónico al CGM o al Director Médico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención, la documentación necesaria para sustentar o actualizar los datos de la atención.</p> <p><b>42.</b> Recibe “Correo electrónico” con la solicitud y envía la documentación o la aclaración por el mismo medio en un lapso menor a 48 horas hábiles.</p>

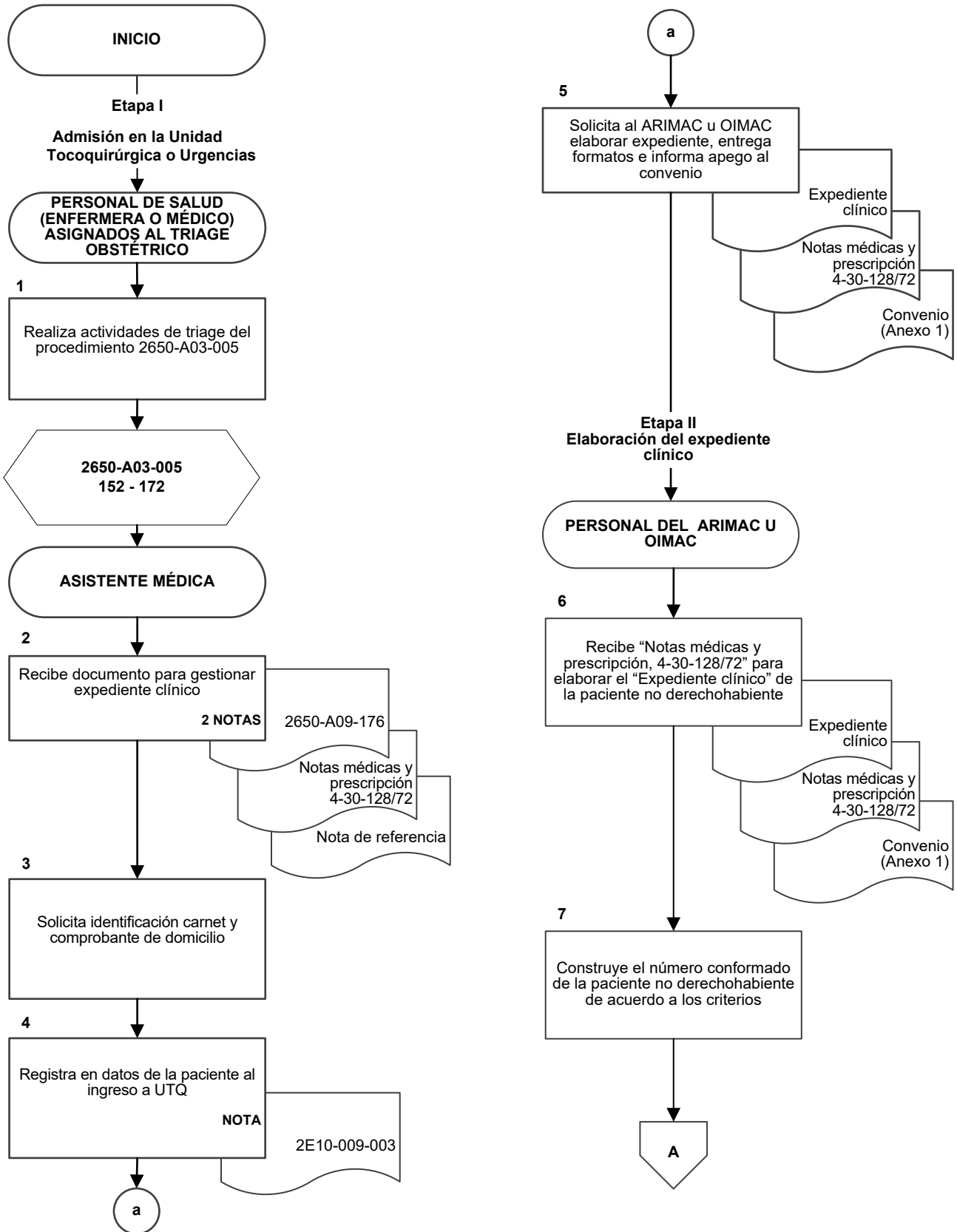


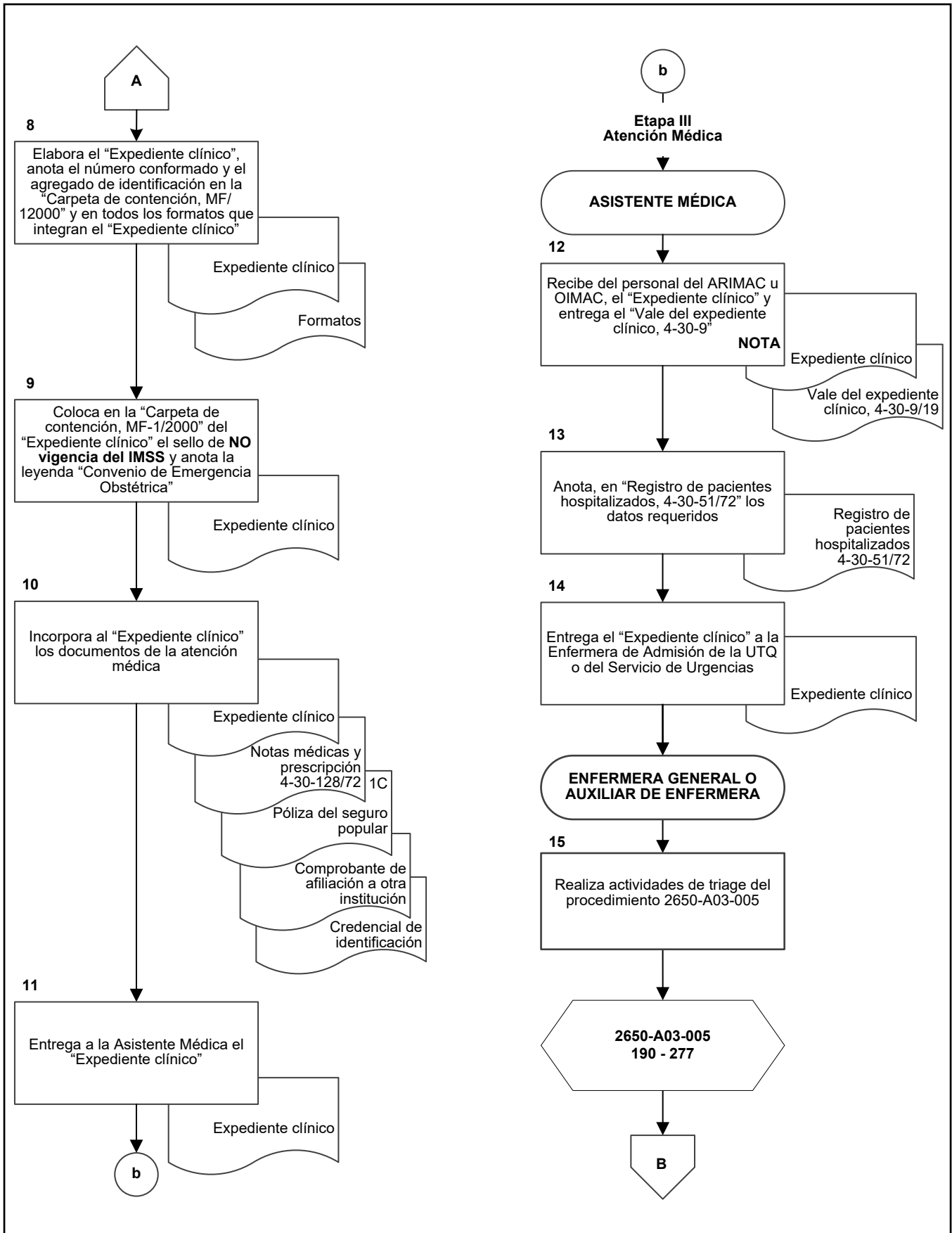
<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Directivo de la DAGOP denominado Usuario “validador del registro de la atención”	<p><b>43.</b> Recibe del CGM o del Director Médico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención o responsables del ingreso al SREO la documentación solicitada, analiza y determina:</p> <p style="text-align: center;"><b>Validar como SI emergencia obstétrica</b></p> <p><b>44.</b> Autoriza en el SREO la atención registrada en el “Resumen de la atención”.</p> <p>Continúa en la actividad 46.</p> <p style="text-align: center;"><b>Validar como NO emergencia obstétrica</b></p> <p><b>45.</b> Marca en el SREO como no procede, el resumen de la atención otorgada, sale del SREO y concluye validación.</p> <p style="text-align: center;"><b>Fase 2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Derechohabiente del IMSS que recibe atención por emergencia obstétrica en otra institución</b></p>
Directivo de la DAGOP Coordinador de Programas no Médicos	<p><b>46.</b> Ingresa al SREO con la cuenta de usuario “validador clínico”, verifica en el menú “Lista de obligaciones pendientes” los casos ingresados por otras instituciones del sector a la plataforma y realiza el “Listado en Excel” correspondiente.</p> <p><b>47.</b> Solicita vía correo electrónico a la División de Vigencia de Derechos de la Coordinación de Clasificación de Empresas y Vigencia de Derechos, la verificación de la vigencia de derechos de las pacientes reportadas en el menú “Lista de obligaciones pendientes”.</p> <p><b>48.</b> Recibe de la División de Vigencia de Derechos el resultado de la verificación de la vigencia de derechos en un lapso no mayor a 5 días hábiles.</p>
Directivo de la DAGOP Coordinador de Programas Médicos	<p><b>49.</b> Ingresa al SREO con la cuenta de usuario “validador clínico” Acepta o Rechaza la atención recibida por la paciente, considerando el resultado de la verificación de la vigencia de derechos y el análisis de la “Cédula de registro” del caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>Fin del Procedimiento</b></p>

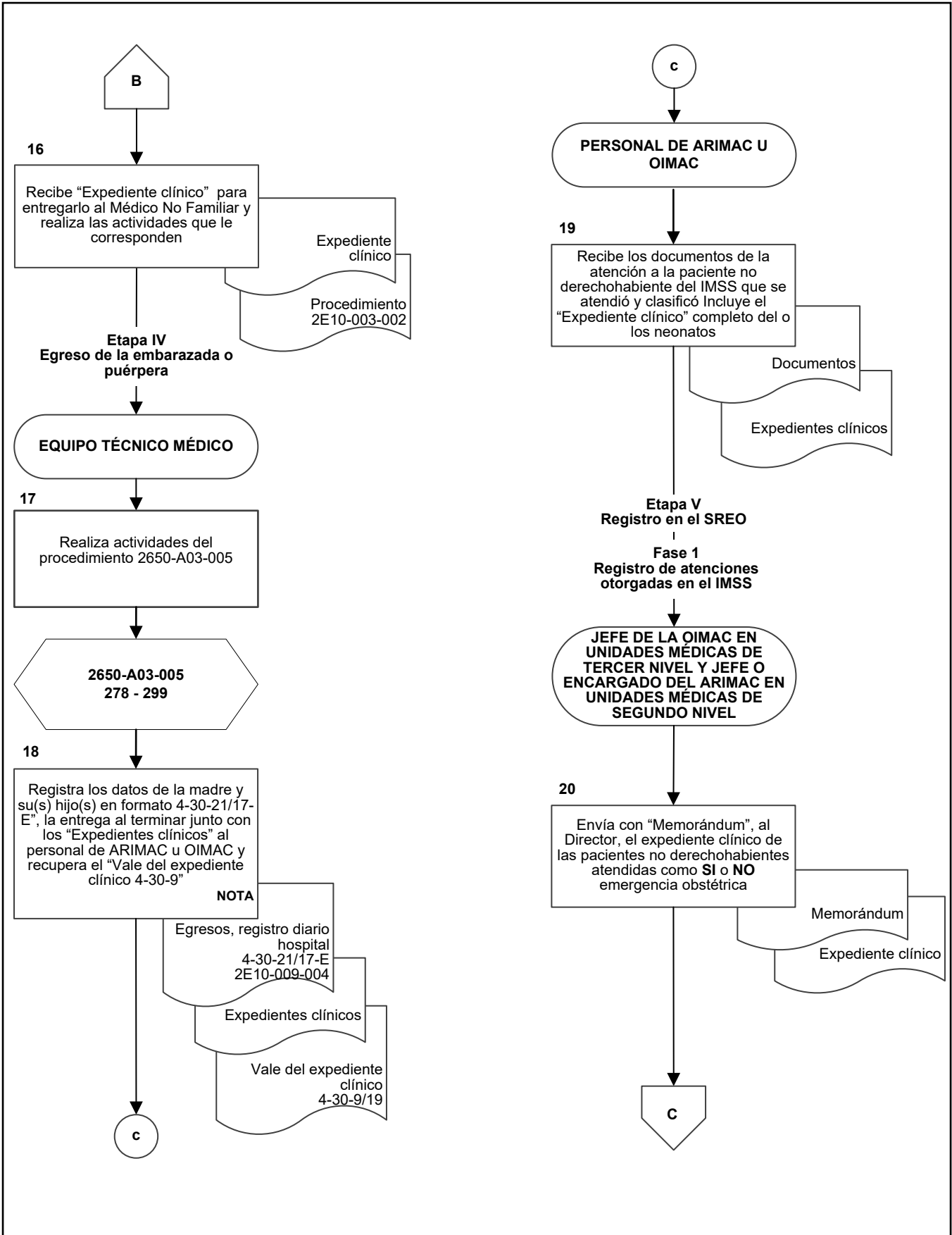


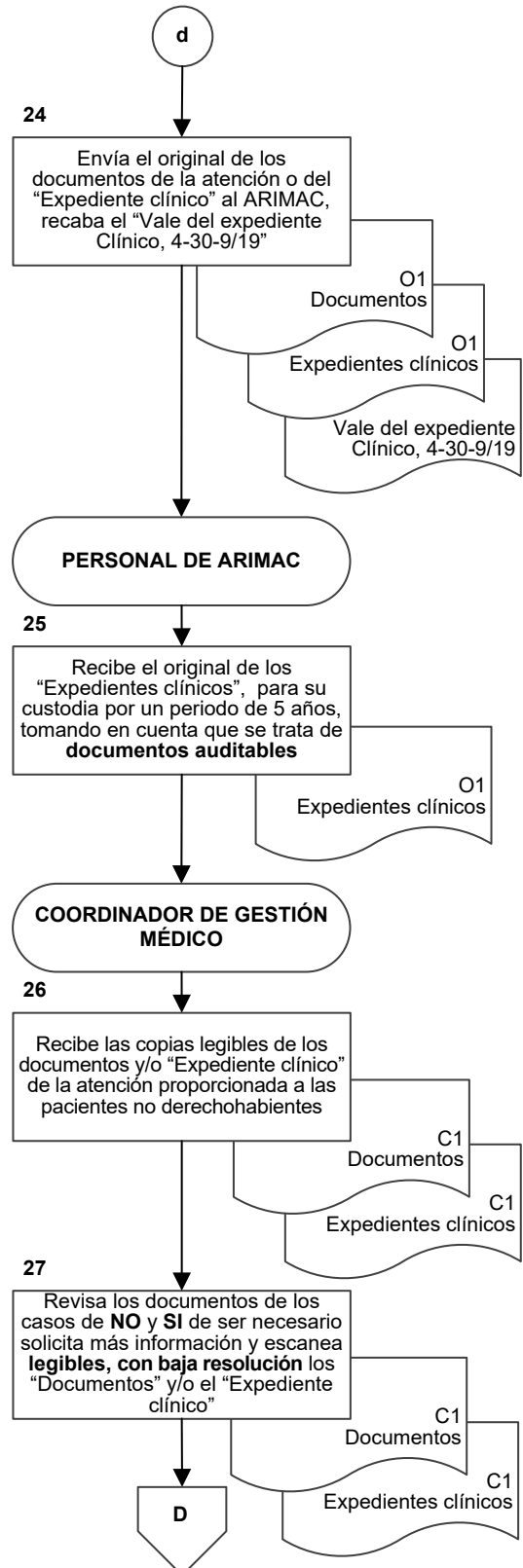
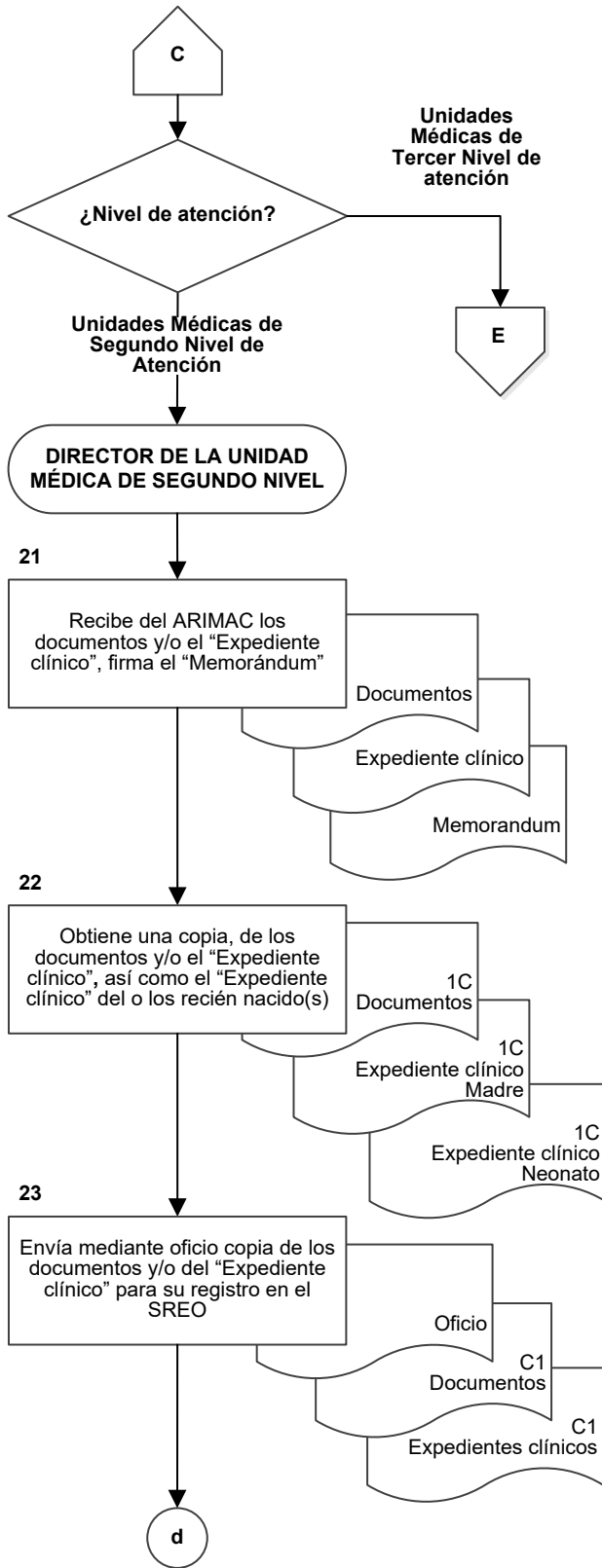


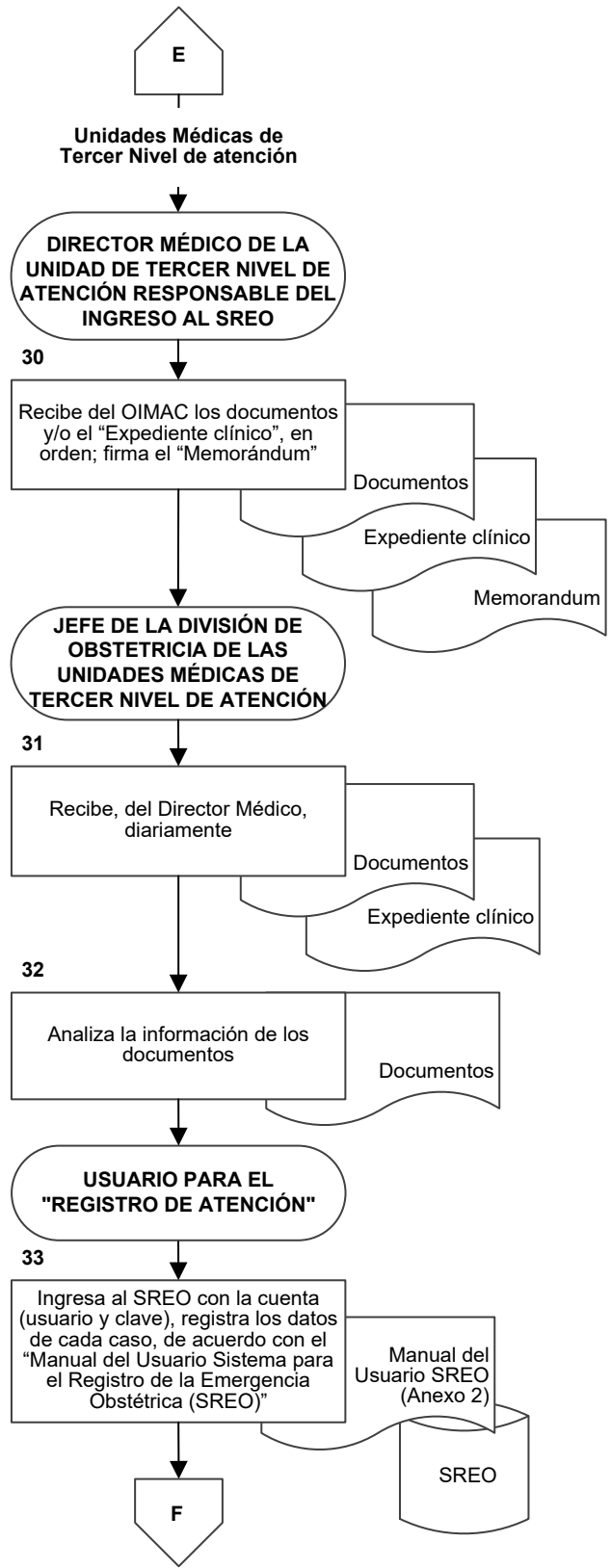
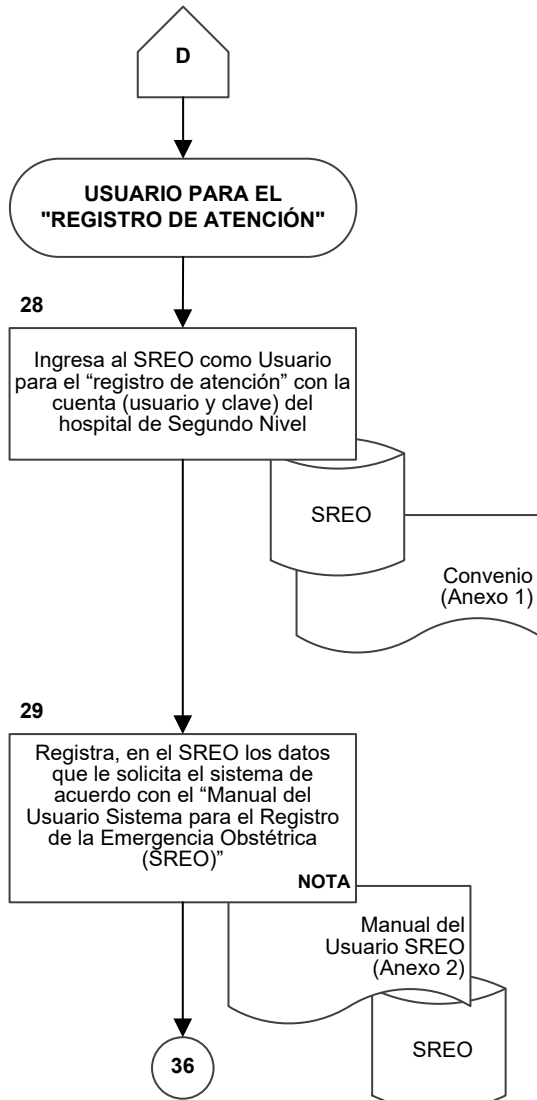
### 7 Diagrama de flujo

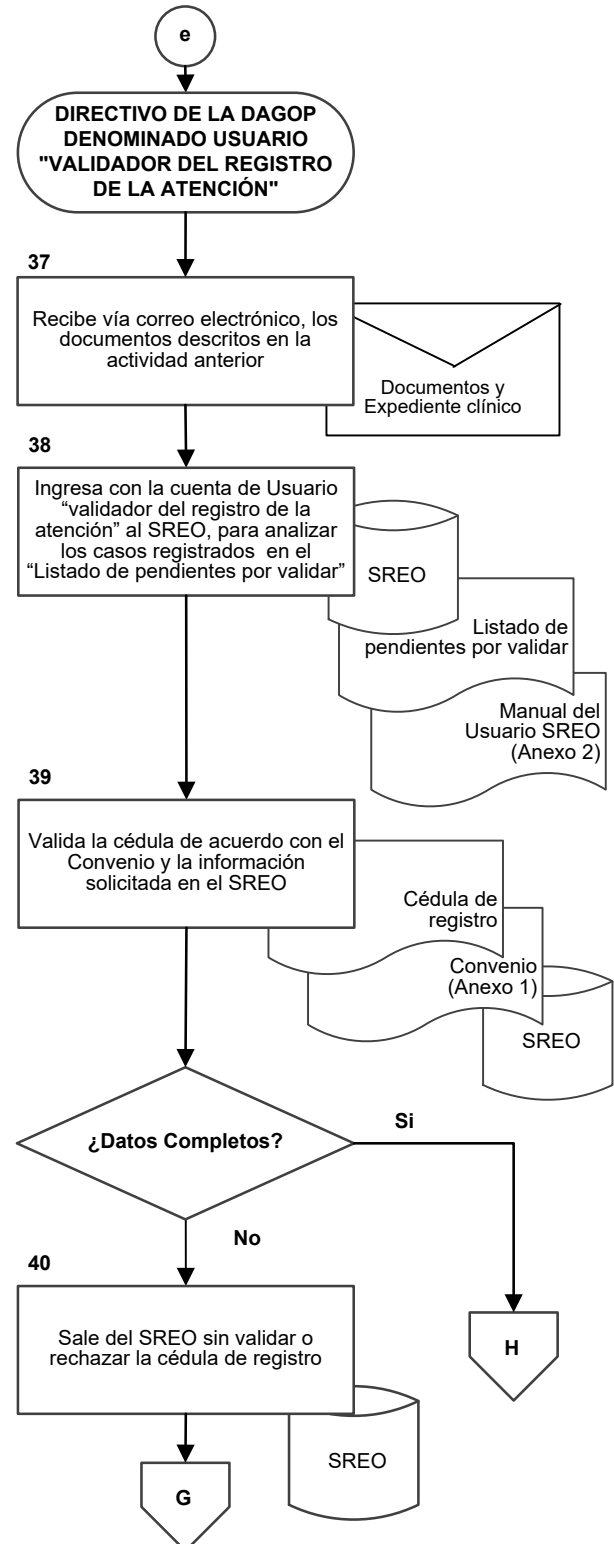
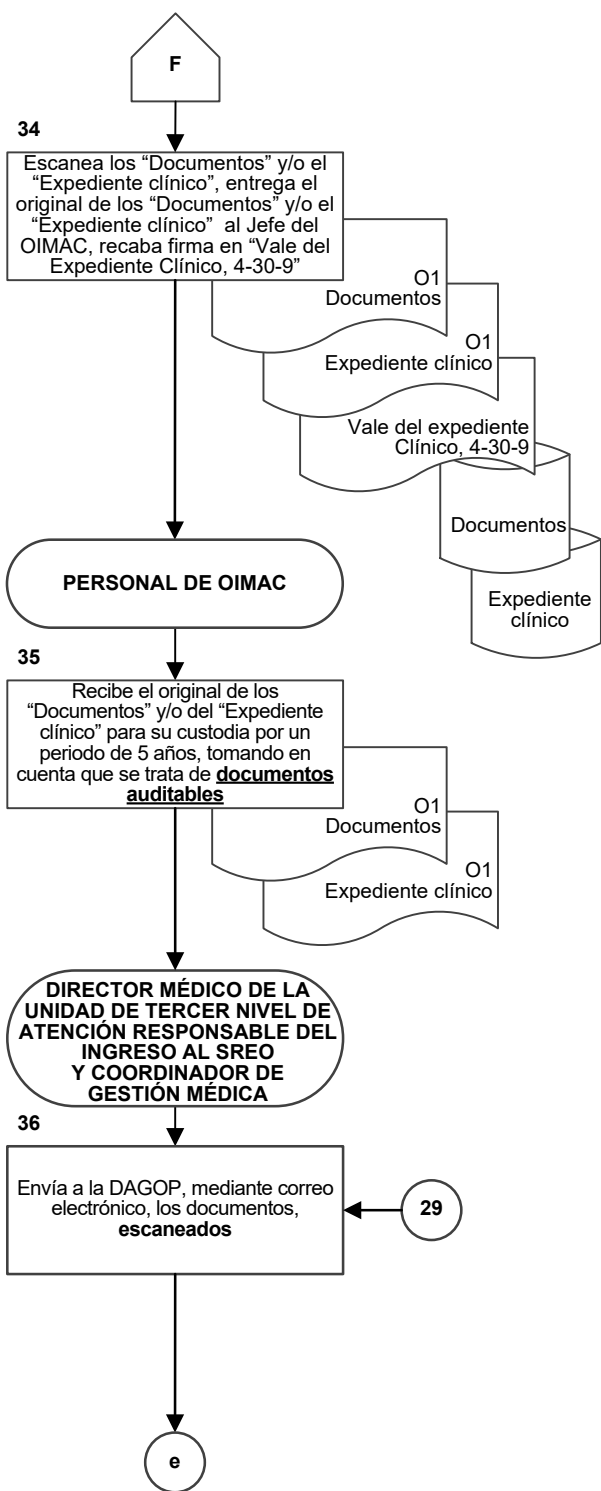


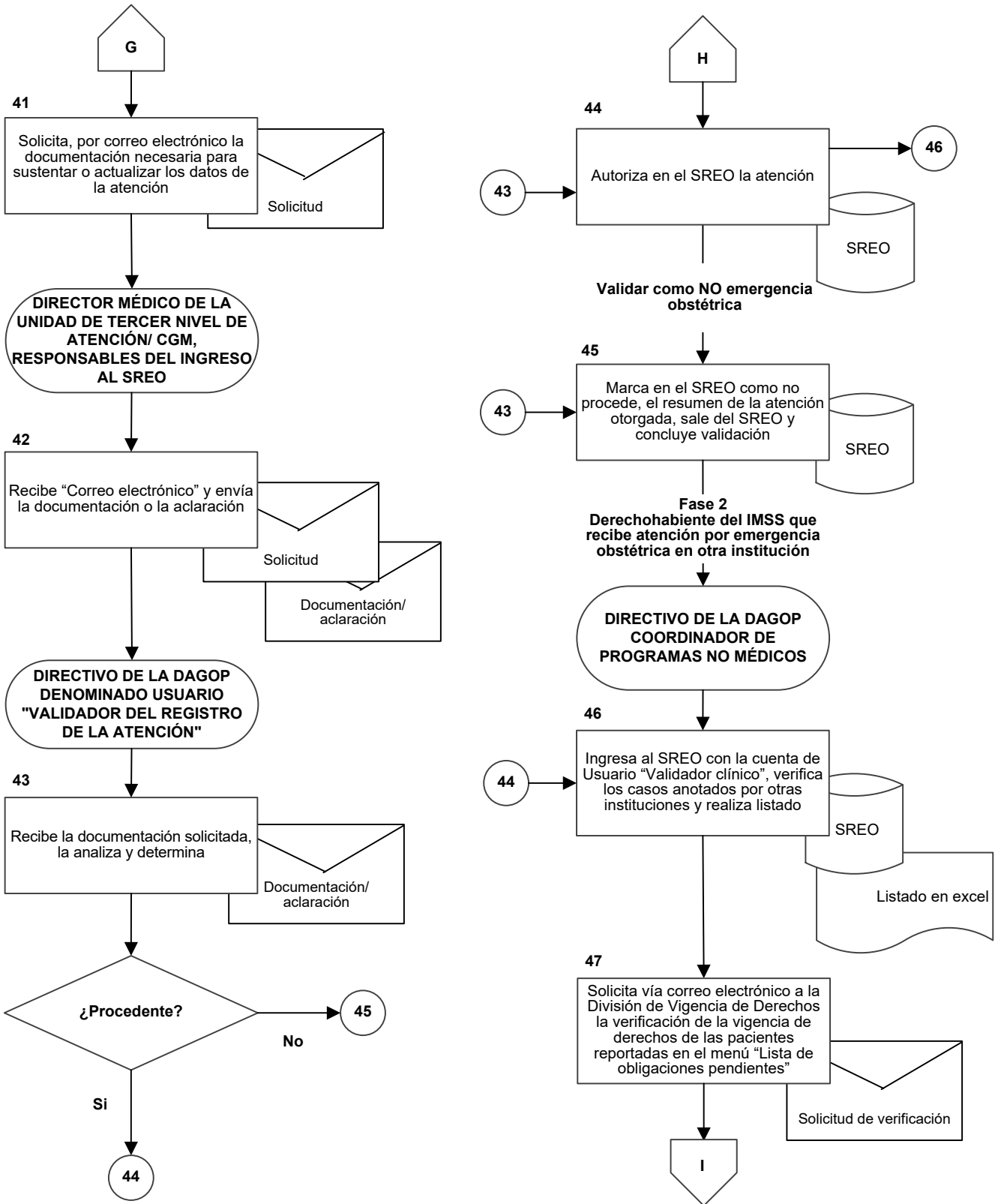


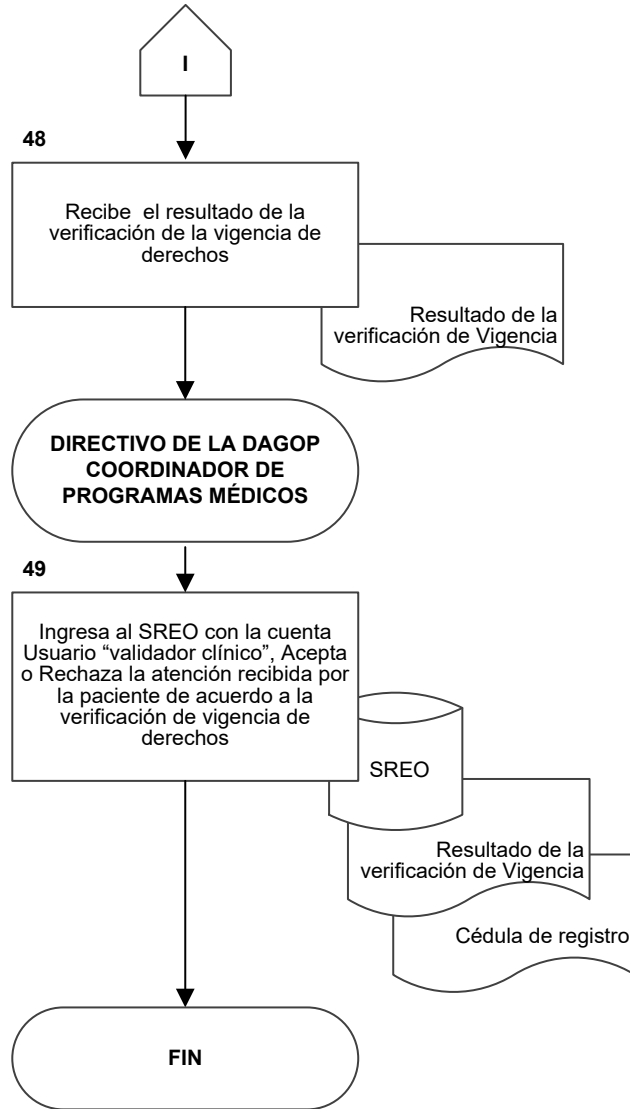
















**ANEXO 1**

**Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la  
Atención de la Emergencia Obstétrica**



**CONVENIO GENERAL DE COLABORACIÓN QUE CELEBRAN LA SECRETARÍA DE SALUD, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO A QUIENES EN LO SUCESIVO SE LES DENOMINARÁ, "LA SECRETARÍA", "EL IMSS" Y "EL ISSSTE", REPRESENTADOS EN ESTE ACTO POR SUS TITULARES, DR. JOSÉ ÁNGEL CÓRDOVA VILLALOBOS, C. DANIEL KARAM TOUMEH, LIC. MIGUEL ÁNGEL YUNES LINARES, RESPECTIVAMENTE, AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:**

**ANTECEDENTES**

- I. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en el Apartado 3.2 Salud, específicamente en la Estrategia 7.1, plantea avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.
- II. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 contempló que para reducir la mortalidad materna e infantil se aplicarán medidas preventivas, como una buena alimentación, la vigilancia de posibles factores de riesgo, un ambiente higiénico al momento de dar a luz, así como acceso a atención rápida y eficaz en casos de urgencia.
- III. La mortalidad materna, constituye un grave problema de salud pública, frente al cual México se ha comprometido, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a reducirla en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Actualmente, estas acciones se llevan a cabo sin una efectiva coordinación entre las distintas instituciones públicas de salud y con un financiamiento dispar.
- IV. En congruencia con lo que establecen los artículos 6, fracción I, 7, fracción X y 33, fracción II, de la Ley General de Salud, corresponde a la Secretaría de Salud la coordinación del Sistema Nacional de Salud, el cual tiene entre sus objetivos primordiales proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, así como promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud, a fin de mejorar la prestación de sus servicios a través de la atención médica, con la finalidad de efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno a los pacientes.
- V. De conformidad con el artículo 27, fracción III, de la Ley General de Salud y los artículos 71 a 75, del Reglamento de la Ley General de Salud

SECRETARÍA DE SALUD  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
 REVENDADO  
 ISSSTE  
 DIRECCIÓN JURÍDICA

REGISTRO NUM  
CV 034 0



en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, los establecimientos que brinden servicios de atención médica, están obligados a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido a otra unidad médica con el fin de preservar la vida y la integridad física de las personas, sin restricciones de ningún tipo.

- VI. Con fecha 14 de marzo de 2003, las partes suscribieron el Convenio General de Colaboración Interinstitucional en materia de prestación de servicios de salud, el cual tiene por objeto establecer las bases, términos y condiciones que regirán a las partes para el mejor aprovechamiento de su infraestructura de salud, a fin de lograr la óptima operación interinstitucional en beneficio de los usuarios o derechohabientes de las mismas, bajo criterios de calidad, equidad, eficiencia y protección financiera a efecto de incrementar la cobertura de sus servicios.
- VII. Con fecha 2 de octubre de 2001, celebraron un Memorando de Entendimiento para la Optimización del Sistema Nacional de Salud, en virtud del cual se comprometieron a desarrollar las acciones necesarias para facilitar la colaboración entre ellas, mediante la planeación conjunta, la participación de recursos humanos, el aprovechamiento de instalaciones, el uso de recursos técnicos y tecnológicos, así como la prestación coordinada de servicios, a efecto de garantizar y facilitar el acceso a los servicios médicos que prestan o sus derechohabientes o usuarios.

DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA MÉDICA Y SALUD  
 DIRECCIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA Y SALUD  
 DIRECCIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA Y SALUD

**DECLARACIONES**

**I. "LA SECRETARÍA", a través de su representante, declara que:**

- I.1. Es una Dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 2, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la cual le corresponde, entre otras atribuciones, establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicio médicos y salubridad general.
- I.2 De conformidad con lo establecido en los artículos 3, fracción IV, 27, fracción IV, 61, fracción I y 62 de la Ley General de Salud, es materia de salubridad general la atención materno infantil, la cual para los efectos del derecho a la protección de la salud, se considera como servicio básico, tiene carácter prioritario y comprende la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, determinándose que en los servicios de salud, se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de



**ISSSTE**  
DIRECCIÓN  
JURÍDICA

REGISTRO NUM  
CV 034 09



conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

- I.3.-Tiene a su cargo la coordinación del Sistema Nacional de Salud, correspondiéndole coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen de conformidad con lo establecido en el artículo 7, fracción IV de la Ley General de Salud.
- I.4. Su titular el Dr. José Ángel Córdova Villalobos se encuentra plenamente facultado para suscribir el presente Convenio, en términos de lo dispuesto por el artículo 6° del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- I.5. Manifiesta su conformidad con celebrar el presente Convenio y señala como su domicilio legal, el ubicado en la calle de Lieja, número 7, primer piso, colonia Juárez, Código Postal 06696, en la Ciudad de México, Distrito Federal.

**II. "EL IMSS", a través de su representante legal declara que:**

- II.1. Es un organismo público 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 instrumento básico de la seguridad social y establecido como un servicio público de carácter nacional, en términos de los artículos 4 y 5 de la Ley del Seguro Social.
- II.2. De acuerdo a lo establecido en el artículo 89, de la Ley del Seguro Social, podrá prestar los servicios que tiene encomendados mediante convenios de colaboración con instituciones y organismos de salud de los sectores públicos federal, estatal y municipal, en términos que permitan el óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada de todas las instituciones y organismos. De igual forma, podrá dar servicio en sus instalaciones a la población atendida por dichas instituciones y organismos, de acuerdo a su disponibilidad y sin perjuicio de su capacidad financiera.
- II.3. Su representante legal, el C. Daniel Karam Toumeh cuenta con las facultades suficientes para intervenir en la celebración del presente Convenio, de conformidad con lo establecido 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, y acredita su personalidad con el testimonio de la Escritura Pública Núm. 85,154 de fecha 24 de marzo del 2009, otorgada ante la fe del Lic. José Ignacio Senties Laborde, Notario Público Núm. 104 del Distrito Federal, en el

CONVENIO DE COLABORACION  
 ENTRE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 Y EL INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL DE TRABAJADORES



**ISSSTE**  
DIRECCIÓN  
JURÍDICA

REGISTRO NUM  
034 DS



cual consta la protocolización de su nombramiento como Director General, por parte del C. Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Licenciado Felipe de Jesús Calderón Hinojosa.

**II.4.** Manifiesta su conformidad con celebrar el presente Convenio, señalando como su domicilio, el ubicado en Paseo de la Reforma 476, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06600, en la Ciudad de México, Distrito Federal.

**III.** "EL ISSSTE", a través de su representante legal declara que:

**III.1.** Es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonio 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° y 207 y 228 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

**III.2.** Entre sus finalidades se encuentra la administración de los Seguros, Prestaciones y Servicios a que aluden los artículos 3 y 4 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

**III.3.** Para el ejercicio de sus funciones y atribuciones, en términos de lo establecido en los artículos 207 y 208, fracción X de la Ley de "EL ISSSTE" puede realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos y convenios que requiera el servicio a su cargo.

**III.4.** Su Director General, Lic. Miguel Ángel Yunes Linares fue nombrado por el C. Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, con fecha 1° de diciembre de 2006 por lo que cuenta con las facultades para suscribir el presente Convenio, de conformidad con lo que disponen los artículos 220 de la Ley y 23 fracción XI del Estatuto Orgánico ambos de "EL ISSSTE".

**III.5.** Para efectos del presente convenio señala como su domicilio, el ubicado en Avenida de la República No. 154, 11° Piso, Colonia Tabacalera, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06030 en la Ciudad de México, Distrito Federal.

**IV.** Declaran "LA SECRETARÍA", "EL IMSS" y "EL ISSSTE" de manera conjunta por conducto de sus representantes legales que:

**IV.1.** El presente instrumento se formaliza en el marco del Programa Sectorial de Salud, 2007-2012 con el objeto de promover una mayor

*Cup*

SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**ISSSTE**  
DIRECCIÓN  
JURÍDICA

REGISTRO NUM.  
CV 034



colaboración entre instituciones, para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de prestación de servicios de salud.

IV. 2. A fin de garantizar la prestación de servicios médicos de urgencias de acuerdo a la normatividad vigente, promoverán mediante instrumentos internos y de coordinación, las acciones para la atención de emergencias obstétricas mediante la prestación de servicios con calidad y seguridad para el paciente, a fin de coadyuvar en la disminución de las brechas existentes en materia de capacidad instalada para ampliar las oportunidades de acceso a los servicios de salud.

*Cery*

### CLÁUSULAS

#### PRIMERA.- Objeto del Convenio.

Fijar los lineamientos generales para que las delegaciones de "EL IMSS", y las unidades medicas de "EI ISSSTE" y de "LA SECRETARIA", provean servicios de salud a través de sus unidades medicas a todas las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica con el fin de abatir la mortalidad matema a nivel nacional, lo que se reflejará en los indicadores correspondientes.

#### SEGUNDA.- Definiciones.

Para efectos del presente instrumento jurídico, las partes convienen en estipular las siguientes definiciones:

**Calidad de la atención:** Conjunto de atributos de la atención otorgada a las mujeres en emergencia obstétrica, que permitan el mejor resultado, con el mejor riesgo y la satisfacción de la paciente; teniendo en cuenta los factores de riesgo de la paciente, la capacidad resolutive de la unidad hospitalaria y los recursos terapéuticos y tecnológicos disponibles.

**Referencia:** Procedimiento técnico administrativo que permitirá la vinculación entre los hospitales del Sector Salud que participan en este Convenio, a fin de garantizar la continuidad y la integralidad de la atención médica de la paciente con emergencia obstétrica y/o del producto de la concepción que se envía a un hospital de otra institución, de acuerdo con los criterios y procedimientos establecidos en este Convenio.

**Contrarreferencia:** Procedimiento técnico administrativo que permitirá conocer lo sucedido en el hospital que atendió a la mujer con



REGISTRO NUA:  
CV 034 U.C.



emergencia obstétrica, el diagnóstico, pronóstico y el tratamiento a seguir en el hospital de la Institución que la refirió, con el fin de mantener la continuidad y la integralidad de la atención médica de la paciente atendida por emergencia obstétrica, para continuar con su manejo y valorar secuelas.

**Edad gestacional:** Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

**Emergencia obstétrica del embarazo, parto y puerperio:** Estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido-puerperal y/o al producto de la concepción que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal médico calificado, adscrito a hospitales con capacidad resolutive suficiente para atender la patología de que se trate.

**Entidades nosológicas que pueden generar emergencia obstétrica derivadas de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio:**

- A. En cualquier momento del embarazo o el puerperio.
  - Hígado graso agudo del embarazo.
  - Trombosis venosa profunda en puerpera
  - Hipertiroidismo con crisis hipertiroidea
  - Embarazo y cardiopatía clase funcional de NYHA (por sus siglas en inglés New York Heart Association) II, III y IV
- B. Primera mitad del embarazo.
  - Aborto séptico
  - Embarazo ectópico
- C. Segunda mitad del embarazo con o sin trabajo de parto.
  - Preeclampsia severa, con manejo inicial durante 4 a 6 horas y pobre respuesta.
  - Preeclampsia severa complicada con Síndrome de Hellp o insuficiencia renal aguda.
  - Eclampsia.
  - Placenta previa total con o sin sangrado activo, cualquiera que sea la edad gestacional y, el hospital no cuenta con cirujano, ni ginecobstetra.
  - Corioamniolitis.
- D. Complicaciones posteriores al evento obstétrico o quirúrgico.
  - Sepsis puerperal, variedades clínicas de la deciduomiometritis o pelviperitonitis.



**ISSSTE**  
DIRECCIÓN  
JURÍDICA

REGISTRO NUM.  
034



- Inversión uterina que requiera reducción quirúrgica.
- Hemorragia intraabdominal posquirúrgica de cesárea o histerectomía.
- Trombosis venosa profunda de miembros pélvicos.
- Tromboembolia pulmonar.
- Embolia de líquido amniótico.

E. Otra patología médica u obstétrica, aguda o crónica que comprometa la vida de la madre o del producto de la concepción y que requiere recibir atención de emergencia (inmediata).

**Gestación:** Período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto.

**Muerte materna:** Es aquella que acontece en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

**Oportunidad en la atención:** Prestación de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

**Unidades Médicas con Capacidad para la Atención de Emergencias Obstétricas.** Son las unidades médicas hospitalarias que cada una de las partes que celebran el presente instrumento o cualquier otra que se adhiera al mismo, han determinado que poseen los recursos, e infraestructura necesaria y que cumple con los requisitos de calidad necesarios para atender las emergencias obstétricas.

**Unidad médica receptora de pacientes con emergencia obstétrica.** Es la unidad médica hospitalaria, que depende de "las partes" que celebran el presente instrumento jurídico o cualquier otra que se adhiera al mismo, a la cual acude una mujer en gestación y que por ese hecho adquiere la obligación de trasladar a la paciente por los medios institucionales disponibles a las Unidades con Capacidad para la Atención de Emergencias Obstétricas.

SECRETARÍA DE SALUD  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN JURÍDICA  
 Cuy



ISSSTE  
DIRECCIÓN JURÍDICA

**TERCERA.- Compromisos de "LA SECRETARIA", "EL IMSS" y "EL ISSSTE"**

- a) Prestar atención expedita a las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades médicas con capacidad

REGISTRO NUM:  
CV 034 05





para la atención de emergencias obstétricas, sin tomar en consideración su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

- b) En caso de que el producto de la concepción presente alguna patología al nacimiento, será atendido en forma expedita en la unidad médica receptora hasta su estabilización, momento en que se realizará su traslado a la institución que le corresponda por derechohabencia o afiliación.
- c) Establecer mecanismos ágiles de ingreso, referencia y contrarreferencia de las pacientes que presenten una emergencia obstétrica, a fin de dar cumplimiento al objeto del presente instrumento jurídico.
- d) Impulsar y establecer las modificaciones al marco jurídico que corresponda con el propósito de dar cumplimiento al objeto del presente Convenio.
- e) Establecer o adecuar en sus instalaciones médicas los procedimientos internos que informen al personal médico y administrativo la prioridad de atender a mujeres que presenten una emergencia obstétrica, así como la responsabilidad que adquieren las unidades receptoras de ellas de canalizarlas por sus propios medios institucionales, como si se tratará de un derechohabiente o afiliado hasta la unidad más cercana con capacidad de atender emergencias obstétricas.
- f) Establecer los procedimientos internos que permitan el ingreso y atención de cualquier mujer en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica en las unidades médicas a su cargo, (mismas que se describen en el **Anexo número 1** del presente instrumento jurídico que se elaborará de acuerdo con la **Clausula Sexta** del presente convenio), y se definan como unidades medicas con capacidad para la atención de emergencias obstétricas.
- g) Integrar una Comisión en adelante "**La Comisión**" que coordine las acciones, de seguimiento y evalúe los compromisos adquiridos por las partes y quienes se adhieran mediante la suscripción del presente instrumento, compuesta de acuerdo a lo establecido en la **Cláusula Décima Primera**.

Llevar un control de las pacientes ingresadas, los servicios requeridos o prestados y, en su caso, de las pacientes trasladadas o referidas, a fin de monitorear y dar seguimiento a cada uno de los mismos, evaluar la calidad, la cobertura y la oportunidad de la atención.

**CUARTA.- Seguimiento de los compromisos.**

Con el objeto de verificar el cumplimiento de los compromisos de este convenio, las partes se reunirán a solicitud expresa de alguna de ellas.

SECRETARÍA DE SALUD  
ISSSTE



DIRECCIÓN JURÍDICA

REGISTRO NUM  
CV 036



**QUINTA.- Alcances.**

La "SECRETARÍA", el "IMSS" y el "ISSSTE" convienen que los términos y condiciones establecidos en el presente Convenio serán obligatorios para sus delegaciones, unidades médicas y administrativas centrales y desconcentradas, según sea el caso; además de tener la obligación de promover la adhesión al presente instrumento por parte de los titulares de los servicios de salud en las entidades federativas. Dicha adhesión deberá ser comunicada por escrito al representante de la Secretaría de Salud a que hace referencia la Cláusula Vigésima del presente Convenio y entrará en vigor a partir del momento en que se formalice dicha adhesión mediante la suscripción del instrumento jurídico a que se hace referencia en la Cláusula Décima Tercera.

Será necesario que las instituciones que se adhieran al presente instrumento, manifiesten ser o contar con unidades a su cargo que tengan capacidad para la atención de emergencias obstétricas, a fin de incorporarlas al Anexo 1 que será elaborado por "La Comisión" de acuerdo a la Cláusula siguiente, para lo cual, se apoyará para su integración y actualización de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de "LA SECRETARÍA".

**SEXTA.- Unidades Médicas con Capacidad para la Atención de Emergencias Obstétricas.**

Las partes determinarán a través de sus representantes en "La Comisión" en un plazo no mayor a **treinta días naturales** y tomando en cuenta su infraestructura instalada y recursos disponibles, las unidades médicas que tienen capacidad para atender las emergencias obstétricas, de conformidad con lo establecido en el presente instrumento, tomando en consideración las necesidades de los grupos de población de cada entidad federativa. Esta información será integrada por "La Comisión" y se denominará Anexo 1 que formará parte integral del presente Convenio, mismo que una vez elaborado, se someterá a la firma de las partes que intervienen en el presente instrumento jurídico para su formalización y se podrán adicionar al mismo, mediante la suscripción del convenio específico correspondiente por parte de las instituciones u organismos que se adhieran a este Convenio.

"La Comisión", será la responsable de mantener actualizado el listado de unidades médicas con capacidad para la atención de emergencias obstétricas y realizar su difusión entre las partes.



REGISTRO NUM  
CV 034 05



**SÉPTIMA.- Prestación de los servicios.**

Cualquier servicio que sea prestado en términos del presente Convenio, será brindado de manera oportuna, eficaz y sin discriminación por motivos de edad, nivel socioeconómico, derechohabiencia y padecimiento preexistente.

**OCTAVA.- Lineamientos para la prestación de los servicios.**

Las partes tienen la obligación de ajustar sus procedimientos de operación en cada una de sus unidades médicas para garantizar la atención de las mujeres que presenten una emergencia obstétrica, tomando en consideración lo siguiente:

- a) Todas sus unidades médicas hospitalarias, deberán atender a las mujeres en edad gestacional que les soliciten servicios médicos, a fin de determinar si presentan alguna emergencia obstétrica para su atención; en caso de no considerarse una emergencia obstétrica, serán responsables de proveerles orientación médica y canalizarlas a la unidad médica que les corresponda para continuar con su atención médica regular.
- b) Al determinar la existencia de una emergencia obstétrica, la unidad médica determinará si le es posible atenderla con los recursos con los que cuenta o, de manera inmediata, serán responsables de trasladarla por los medios institucionales disponibles a la unidad con capacidad para la atención de emergencias obstétricas más cercana para su atención, sin importar su condición de derechohabiencia o afiliación médica, debiendo considerar que:

Las pacientes serán referidas al hospital de alguna de las partes que suscribe el presente instrumento jurídico, cuando presenten una o más de las entidades nosológicas descritas en la Cláusula de Definiciones y, además:

- La unidad médica en donde se atiende no tiene la capacidad resolutoria para atender la emergencia.
- La severidad de la patología y el pronóstico, ponen en riesgo la vida de la paciente.
- La paciente, requiere de monitorización y tratamiento intensivo y/o potencialmente intervención o reintervención quirúrgica inmediata.
- Paciente en choque hipovolémico, con o sin sangrado activo con dos venas permeables y administración de hemoderivados y/o expansores.
- El riesgo del traslado a otro hospital, es menor que el beneficio.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN JURÍDICA  
 C. A. G.



REGISTRO NUM  
134



- El hospital al que se referirá la paciente, es el más cercano y accesible, en términos geográficos, a menos de 1 hora y media de distancia o a 70 Km. máximo y tiene mayor capacidad resolutive.
- El hospital al que se trasladará tiene mayor infraestructura y mayores recursos humanos.
- El traslado se realizará preferentemente en ambulancia para el traslado seguro (propio y/o subrogado), con médico y familiar.

No serán sujetas de traslado las pacientes:

- Inestables y/o sin manejo inicial.
- Con Escala de Glasgow de 3 y menos.
- Con PVC (Presión Venosa Central) de menos de 6.
- En el hospital en donde se atiende, existe terapia intensiva y/o la capacidad resolutive es igual o mayor al hospital al que se pretende referir.
- El traslado dure más de dos horas.

El personal para realizar el traslado de la paciente requerirá:

- Elaborar el formato de "Referencia", con la descripción de los datos clínicos y de laboratorio o gabinete realizados cuya interpretación sustente, con la suficiencia necesaria, el diagnóstico motivo de la atención en el hospital, los condiciones clínicas y paraclínicas en que se encuentra la paciente para decidir traslado, el diagnóstico de envío, el pronóstico y por último, el motivo de la referencia.
- El personal (directivo médico) acreditado para autorizar la referencia deberá, comunicarse previamente con el personal del hospital al que se desea referir a la paciente para asegurar su recepción y la atención oportuna, inmediata e integral.
- El personal acreditado que autoriza el traslado de la paciente, en el formato "Referencia", con su nombre completo, puesto o categoría y su firma, también coloca el sello del hospital, debe visualizarse claramente la institución a la que pertenece y la fecha.
- En todos los casos la paciente y/o el producto de la concepción se trasladará (n) acompañada (os) por personal médico y en los medios institucionales disponibles.
- Al ingresar a la unidad médica con capacidad para la atención de emergencias obstétricas, deberá valorarse la situación médica de la

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN JURÍDICA  
 Cery  
 12/11/2010



**ISSSTE**  
DIRECCIÓN  
JURÍDICA

REGISTRO NUM  
034 09



paciente y realizarle todos los estudios que se consideren necesarios, sin importar su condición de derechohabencia o afiliación, hasta lograr su total reestablecimiento.

- c) Las unidades médicas, mediante los sistemas de información disponibles, deberán reportar la atención brindada a la mujer en edad gestacional, así como realizar los reportes estadísticos que se desprendan de la atención brindada, registrando los datos disponibles de derechohabencia o afiliación de la paciente sin menoscabo de que dicha paciente es responsabilidad de la institución que la atienden en ese momento.
- d) Las mujeres que requieran los servicios de una institución de salud deberán sujetarse en todo momento a la reglamentación que para tales efectos resulte aplicable en las instalaciones y unidades médicas de que se trate; siempre y cuando no se contrapongan con el objeto que persiguen las partes con la suscripción del presente convenio.
- e) En todos los casos, la parte proveedora de los servicios deberá integrar un expediente clínico por cada usuario 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 de la paciente y estar disponibles en todo momento para la parte solicitante de la atención médica (la paciente) quién tendrá la facultad de solicitar una copia del mismo.
- f) En lo referente a gastos de traslado de los usuarios o derechohabientes que requieran los servicios, éstos correrán en primera instancia a cargo de la parte solicitante de dichos servicios.
- g) En el supuesto de que durante la prestación de los servicios se requiera la expedición de certificados de incapacidad médica, éstos en todo momento deberán ser expedidos por la institución de seguridad social a la que tenga derechohabencia la paciente, tomando en consideración el expediente clínico que se haya integrado conforme al inciso e) anterior y conforme a sus procedimientos internos.



DIRECCIÓN JURÍDICA

**NOVENA.- CONTRAPRESTACIÓN Y FORMA DE PAGO**

Las partes convienen en que las contraprestaciones que se originen en virtud de la prestación de los servicios médicos, objeto del presente instrumento jurídico, se analizarán y determinarán, por parte de "La Comisión" a que hace referencia la Cláusula **Décima Primera** del presente Convenio, y se agregarán al presente instrumento como **Anexo 2**, que debidamente suscrito por las partes, formarán en su oportunidad parte integral del mismo, para su observancia.

REGISTRO NUM  
CV 034 05



De igual manera en el Anexo 2, las partes, a través de "La Comisión" definirán los términos y condiciones del procedimiento de pago; esto, tomando en consideración la opinión de las áreas competentes de cada una de las partes que lo suscriben.

Los costos unitarios por evento de servicios médicos, se actualizarán en enero de cada año, de acuerdo con la variación anual del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), del año inmediato anterior, excepto cuando se considere que algún servicio específico requiere de una revisión en su costo, en cuyo caso, este se actualizará conforme a lo que indique dicha revisión.

**DÉCIMA.- Transparencia en el ejercicio de los recursos.**

Las partes convienen en diseñar e instrumentar los mecanismos administrativos necesarios que permitan agilidad en la prestación del servicio, que simplifique los controles, abata los gastos de administración y promueva la transparencia en el uso de los recursos, los cuales serán adoptados por las partes y las instituciones que se adhieran al presente instrumento jurídico.

**DÉCIMA PRIMERA.- Conformación de "La Comisión".**

Las partes conformarán una Comisión, misma que deberá estar integrada por dos miembros de cada una de las partes que suscriben el presente instrumento. Dicha Comisión deberá reunirse por lo menos una vez cada tres meses y será responsable de coordinar la implementación de los instrumentos y mecanismos internos que permitan la operación al interior de sus unidades médicas de los compromisos y obligaciones derivadas de la suscripción del presente instrumento jurídico.

Los servicios estatales de salud que se adhieran al presente Convenio, deberán considerar que "LA SECRETARÍA" será la institución que los represente en dicha Comisión; sin embargo, podrá participar en sus reuniones cuando así lo solicite.

**DÉCIMA SEGUNDA.- Informe trimestral.**

Las partes se obligan a integrar un informe trimestral por escrito, a efecto de facilitar el proceso de evaluación y seguimiento de los casos, en el cual se deberá identificar si ha sido resolutiva la atención médica brindada, así como someter a consideración de "La Comisión" cualquier aspecto operativo o práctico que deba ser revisado y, en su caso, modificado, para una mejor aplicación de los términos y condiciones estipulados en el presente Convenio.

SECRETARÍA DE SALUD  
 DIRECCIÓN JURÍDICA  
 Cuy



ISSSTE  
DIRECCIÓN JURÍDICA

REGISTRO NUM  
034 UC



El informe antes mencionado podrá ser solicitado por "La Comisión" cuando así lo considere conveniente para el cumplimiento de sus fines.

**DÉCIMA TERCERA.- Adhesión.**

Las partes manifiestan su conformidad en que podrán en cualquier tiempo, adherirse al presente instrumento las instituciones de Salud, los Servicios Estatales de Salud, los organismos públicos descentralizados que presten servicios de salud en las entidades federativas, así como las dependencias o entidades que tengan a su cargo la prestación de servicios médicos mediante la suscripción del Convenio específico correspondiente, el cual una vez suscrito por los representantes de cada una de las partes que cuenten con facultades para adquirir derechos y obligaciones a nombre de cada una de ellas, pasará a formar parte del presente Convenio General.

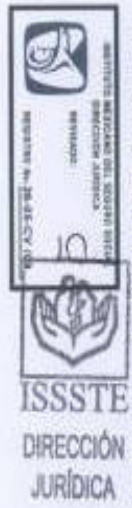
Los Convenios específicos deberán constar por escrito y describirán con precisión sus objetivos, actividades a realizar, compromisos, unidades médicas acreditadas para otorgar la atención médica, calendarios, personal involucrado, enlaces y coordinadores o responsables, recursos técnicos y materiales, contraprestación y forma de pago, etc., mismas que estarán sujetas a la disponibilidad presupuestal y a las disposiciones jurídicas aplicables, así como aquellos aspectos y elementos necesarios para determinar sus propósitos y alcances.

SECRETARÍA DE SALUD  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN JURÍDICA  
 Cuy

**DÉCIMA CUARTA.- Confidencialidad.**

Las partes se obligan a guardar y mantener la confidencialidad de cualquier información que sea recibida, proporcionada o dada a conocer por otra parte, incluyendo de manera enunciativa más no limitativa, toda aquella información relativa a sus operaciones, servicios, reportes o resultados de laboratorio, métodos, procesos, información financiera, información técnica, listas de usuarios o derechohabientes, planes, proyectos, políticas de operación, costos, o cualquier otra información, aún cuando dicha información conste en cualquier clase de documento, archivo, material, medio magnético y/o electrónico en donde se haga constar la citada información en lo sucesivo la "Información Confidencial".

La información y actividades que se presenten, obtengan y produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento, serán clasificadas atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y su Reglamento por lo que las partes se obligan a guardar estricta confidencialidad respecto de la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento.



REGISTRO NUM  
CV 034-05



Las partes se obligarán a:

- No revelar y/o transmitir la “**Información Confidencial**” a terceros;
- Proteger la “**Información Confidencial**” que les haya sido revelada, con el mismo grado de cuidado con el que protegen a su propia “**Información Confidencial**”, y
- No utilizar en beneficio de terceros la “**Información Confidencial**” para fines distintos a los previstos en el presente instrumento jurídico.

Las partes en ningún caso considerarán como “**Información Confidencial**”:

- Toda aquella información que hubiesen poseído con anterioridad a la fecha de celebración del presente instrumento;
- Toda aquella información que obtengan legalmente de un tercero;
- Toda aquella información que por su naturaleza sea del dominio público;
- Toda aquella información que sea revelada por una de las partes previa autorización por escrito de la otra, y
- Toda aquella información que sea desarrollada en forma independiente por cada una de las autoridades judiciales o administrativas, al grupo de trabajo local respectivo o a “**La Comisión**”, o bien que dicho requerimiento de divulgación sea resultado de una orden, sentencia o laudo que sea obligatorio para cada una de las partes, situación en la cual la parte que tenga que revelar dicha información, deberá inmediatamente informar por escrito a la otra sobre dicha circunstancia.

#### DÉCIMA QUINTA.- Relaciones laborales.

Las partes expresamente convienen en que todo el personal que utilice para cualquier actividad relacionada con el objeto del presente Convenio, será personal única y exclusivamente contratado por cada una de ellas, y dado que la parte proveedora 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 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 las reclamaciones individuales o colectivas que por cualquier razón pudieren llegar a presentarse respecto a sus trabajadores, así como las sanciones que en su caso pudieren imponer las autoridades administrativas o judiciales del trabajo.

REVISTADO  
SECRETARÍA DE SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

*Cey*



REGISTRO NUM  
034 US





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 SEXTA.- Solución de controversias.**

Tratándose de controversias o desacuerdos relacionados con el presente Convenio, dichas controversias o desacuerdos, a solicitud por escrito de cualquiera de las partes, serán referidas a "La Comisión" quien actuará como mediador tratando de que las partes involucradas lleguen a una conciliación amigable.

Para ello, "La Comisión" se reunirá a la brevedad posible con ellas, en un esfuerzo de buena fe para tratar de solucionar dicha controversia o desacuerdo. En el supuesto de que las partes involucradas en la controversia no llegasen a una conciliación amigable dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en la que se haya iniciado el mecanismo de mediación ante "La Comisión", las partes tendrán la libertad de ejercer los acciones legales que conforme a derecho les correspondan, sometiéndose a las leyes y tribunales federales.

**DÉCIMA SÉPTIMA.- Quejas de los usuarios.**

Si durante la prestación de los servicios médicos se llegare a presentar algún caso de insatisfacción por parte de algún usuario por actos u omisiones de la parte proveedora de los servicios, dicha queja estará sujeta a los procedimientos internos de la parte proveedora de los mismos, sin perjuicio de las demás acciones legales que conforme a derecho le correspondan al usuario, derechohabiente o afiliado en cuestión.

La parte que preste los servicios médicos deberá llevar a cabo todas las acciones que estén a su alcance para la solución de la queja en cuestión. En caso de que la parte solicitante deba llevar a cabo acciones adicionales para la atención de dicha queja, ésta tendrá derecho a la restitución de los gastos y costos incurridos.

Tratándose de pacientes derechohabientes de "El IMSS" o "El ISSSTE" o afiliados a "LA SECRETARIA", estas instituciones no asumirán en ningún caso responsabilidades civiles o penales derivadas de la atención por acciones de la institución que haya proveído los servicios médicos o de su personal.

Lo anterior, en el entendido de que para efecto de recepción y atención de quejas por parte de los usuarios o derechohabientes de los servicios, la parte

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN JURÍDICA  
 Cury



DIRECCIÓN  
JURÍDICA

REGISTRO NUM  
034 US



que haya proporcionado los servicios médicos les dará el mismo trato que al de sus propios usuarios o derechohabientes.

**DÉCIMA OCTAVA.- Vigencia del Convenio General.**

La vigencia del presente Convenio, será indefinida y comenzará a partir de la fecha de su suscripción.

**DÉCIMA NOVENA.- Terminación anticipada.**

El presente Convenio podrá darse por terminado de manera anticipada, mediante el simple aviso por escrito a las otras partes, con al menos sesenta días naturales de anticipación. Lo anterior, en el entendido de que aún cuando el presente Convenio 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 Convenio.

**VIGÉSIMA.- 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 Convenio, deberán tomar en cuenta a los representantes de cada uno de las partes en el presente Convenio 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, facsimil o bajo cualquier otro medio inequívoco cuya recepción conste o sea confirmada por escrito por el destinatario.

Para la SSA:  
**Dra. Maki Esther Ortiz Dominguez**  
Subsecretaria de Innovación y Calidad  
Lieja No. 7, 1 er. Piso.  
Col. Juárez  
Deleg. Cuauhtémoc, C. P. 06696

Para el IMSS:  
**Dr. Santiago Echevarria Zuno**  
Director de Prestaciones Médicas  
Av. Paseo de la Reforma No. 476, 3er. Piso  
Col. Juárez  
Deleg. Cuauhtémoc, C. P. 06600



REGISTRO NUM.  
034



Para el ISSSTE:  
**Dr. Carlos Tena Tamayo,**  
Director Médico el Instituto de Seguridad y Servicios  
Sociales de los Trabajadores del Estado  
Av. San Fernando No. 547/Edif. A, 8º. piso  
Col. Toriello Guerra  
Deleg. Tlalpan, C. P. 14050

*Carp*

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.

**VIGÉSIMA PRIMERA.- Modificaciones.**

El presente instrumento podrá ser modificado a solicitud de cualquiera de las partes, las modificaciones deberán constar por escrito y serán obligatorias a partir de la fecha de su firma.

**VIGÉSIMA SEGUNDA.- Jurisdicción y Competencia.**

Para todo lo relacionado con la interpretación, cumplimiento y ejecución de las obligaciones consignadas en el presente Convenio, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales de la Ciudad de México, Distrito Federal, 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 Sexta de este Convenio.

El presente Convenio se firma, por cuadruplicado, en la ciudad de México, Distrito Federal, a los 28 días del mes de mayo de 2009.



**ISSSTE**  
DIRECCIÓN  
JURÍDICA

POR "LA SECRETARÍA"

POR "EL IMSS"

POR "EL ISSSTE"

Dr. José Angel Córdova  
Villalobos  
Secretario de Salud

C. Daniel Karam Toume  
Director General

Lic. Miguel Angel Yunes  
Linares  
Director General

REGISTRO NUM

034



## **ANEXO 2**

**Manual del usuario sistema para el registro de la emergencia obstétrica (SREO) con las políticas de uso**



# MANUAL DEL USUARIO SISTEMA PARA EL REGISTRO DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA (SREO) CON LAS POLITICAS DE USO

(Aprobado en sesión del 22 de noviembre de 2012 de la Comisión para la Coordinación de Acciones Derivadas del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas)



1

Se puede consultar el contenido del presente manual en la siguiente liga:  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/710285/Manual\\_SREO\\_2\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/710285/Manual_SREO_2_.pdf)