



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE JURÍDICA

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para la recepción, trámite y resolución de las Quejas Administrativas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
4D14-B03-001

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Karen Berlanga Valdés
Titular de la Dirección Jurídica

Revisó

Gabriela Paredes Orozco
Titular de la Unidad de Atención a la Derechohabencia

Marcela Velázquez Bolio
Titular de la Unidad de Derechos Humanos

Ramón Narváez Terrón
Titular de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales

Elaboró

Jesus Edgar González Cervantes
Titular de la División de Atención a Quejas Médicas

MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN 17 MAY 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, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación".

ACTUALIZACIÓN



ÍNDICE

		Página
1	Base normativa	3
2	Objetivo	3
3	Ámbito de aplicación	3
4	Definiciones	3
5	Políticas	5
	5.1 Generales	5
	5.2 Específicas	6
6	Descripción de actividades	10
7	Diagrama de flujo	21
	Anexos	
	Anexo 1 Acuerdo 569/97 del H. Consejo Técnico del IMSS de fecha 19 de noviembre de 1997	32
	Anexo 2 Bases de Coordinación IMSS-CONAMED 2002	35



1 Base normativa

- Artículo 296 de la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y sus reformas.
- Numeral 7.1.3, subnumeral 14; Numeral 7.1.3.1, subnumerales 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 26, 27, 28 y 30 y Numeral 7.1.3.1.4, del Manual de Organización de la Dirección Jurídica, clave 4000-002-001, con fecha de registro 12 de enero de 2023.

2 Objetivo

Atender las quejas presentadas por la ciudadanía ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en contra del Instituto Mexicano del Seguro Social, que cumplen con los supuestos de la Base Cuarta de las Bases de Coordinación IMSS-CONAMED.

3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para la Unidad de Atención a la Derechohabiente, la Unidad de Derechos Humanos, la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales, la División de Atención a Quejas Médicas, así como las Coordinaciones y Jefaturas de Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Unidades Médicas de Alta Especialidad, respectivamente.

4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 acuerdo resolutorio: Documento emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico, Consejo Consultivo o Junta de Gobierno en UMAE, que resuelve la queja promovida por los usuarios de los servicios institucionales.

4.2 analista de control: Servidor público adscrito a la División de Atención a Quejas Médicas que captura en el Sistema de Atención al Derechohabiente la documentación relacionada con las mismas.

4.3 analista de seguimiento: Servidor público adscrito a la División de Atención a Quejas Médicas encargado de hacer el seguimiento de las quejas.

4.4 Bases: Bases de coordinación celebradas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el Instituto Mexicano del Seguro Social.



4.5 Comisión Bipartita: Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico. Órgano colegiado competente para resolver las quejas médicas.

4.6 CONAMED: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

4.7 Coordinación: Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada Estatales y Regionales.

4.8 Coordinación Técnica: Unidad adscrita a la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, llamada Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública

4.9 CAQCE: Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales, adscrita a la Unidad de Derechos Humanos

4.10 DAQM: División de Atención a Quejas Médicas, adscrita a la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales

4.11 IMSS o Instituto: Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.12 Instructivo: Instructivo para el trámite y resolución de quejas administrativas ante el IMSS.

4.13 Jefatura de área de atención a quejas CONAMED: Servidor Público adscrito a la DAQM.

4.14 Jefatura de área de Investigación: Área de Investigación Médica de Quejas, dependiente de DAQM.

4.15 Jefatura de Departamento: Jefatura de Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente en las Unidades Médicas de Alta Especialidad.

4.16 Médico representante: Médico adscrito a la División de Atención a Quejas Médicas, encargado de participar en las audiencias a las que cite la CONAMED, con la finalidad de conciliar con los promoventes los acuerdos emitidos por el IMSS.

4.17 OOAD: Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, de acuerdo con el Art. 2 Fracción IV, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.18 Órganos Operativos: Unidades de servicios médicos y no médicos; subdelegaciones y oficinas para cobros del IMSS.



4.19 promovente: Persona física que por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero, manifiesta su inconformidad en razón de la negativa de servicios médicos o la irregularidad en su prestación por parte del IMSS.

4.20 queja: Escrito presentado ante la CONAMED en contra del IMSS, por presuntos actos u omisiones del personal institucional, en la prestación de servicios médicos de conformidad con la Base Cuarta de las Bases.

4.21 SIADE: Sistema de Atención al Derechohabiente, herramienta informática en la cual se registran las quejas enviadas por la CONAMED y en donde se les da seguimiento hasta su conclusión.

4.22 solicitud de reconsideración: Solicitud que presenta la CONAMED ante el IMSS, aportando elementos que pudieran modificar el sentido del acuerdo institucional. Cuando en términos de la base CUARTA de las Bases, el derechohabiente hubiera agotado previamente el procedimiento de queja ante el IMSS, en términos del artículo 296 de la Ley del Seguro Social y la resolución no fuera satisfactoria al derechohabiente, la CONAMED se estará a lo dispuesto por el Acuerdo 569/97 del H. Consejo Técnico del IMSS de fecha 19 de noviembre de 1997 (Anexo 1) y podrá solicitar que el Consejo Técnico del IMSS revise la resolución y acuerde lo que estime procedente pudiendo, en su caso, dejar sin efecto la resolución que hubiere pronunciado con anterioridad.

4.23 UMAE: Unidad Médica de Alta Especialidad.

5 Políticas

5.1 Generales

5.1.1 La entrada en vigor del presente documento actualiza y deja sin efecto al “Procedimiento para la recepción, trámite y resolución de las quejas administrativas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”, clave 4C20-003-001 registrado el 29 de noviembre de 2018.

5.1.2 El incumplimiento del contenido del presente documento por las personas servidoras públicas involucradas será causal de las responsabilidades que resulten procedentes 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: buen trato y vocación de servicio; respeto a los derechos humanos y a la igualdad y no discriminación; integridad y prevención de conflictos de interés en el uso del cargo y en la asignación de recursos públicos, y superación personal y profesional, aprobado por el Consejo Técnico mediante Acuerdo ACDO.SA2.HCT.251121/319.P.DA de fecha 25 de noviembre de 2021. (<https://acuerdospublicos.imss.gob.mx/buscarpornumero>)

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 V, VIII y XI, así como 113, fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

5.2 Específicas

5.2.1 La UDH, la UAD, la CAQCE y la DAQM serán las responsables de actualizar e interpretar el presente documento, así como de resolver los casos no previstos en el ámbito de su competencia.

5.2.2 La UDH, la CAQCE y la DAQM serán las encargadas de la difusión de este procedimiento y de brindar asesoría sobre su aplicación.

La Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales:

5.2.3 Será la única instancia facultada por la UDH para dar respuesta a los requerimientos formulados por la CONAMED.

5.2.4 Coordinará la realización de las gestiones y diligencias necesarias, a través de la DAQM, las Coordinaciones y Jefatura de Departamento, con el propósito de resolver las quejas en los plazos señalados en el Instructivo.

5.2.5 Comunicará a las Coordinaciones y Jefaturas de Departamento las opiniones técnicas y de calidad que emita la CONAMED, con la finalidad de que dichas áreas informen las acciones preventivas y correctivas o bien, sus consideraciones con relación al caso.



5.2.6 Nombrará de manera anual, mediante un oficio dirigido a la CONAMED, a los médicos representantes responsables de llevar a cabo las audiencias de conciliación de las quejas.

La División de Atención a Quejas Médicas:

5.2.7 Clasificará, registrará en el SIADE, y tramitará hasta su conclusión, las quejas que sean enviadas por la CONAMED.

5.2.8 La atención y resolución de las quejas administrativas se realizará en un plazo no mayor a 50 días hábiles, contados a partir de la recepción de la queja, de conformidad con el artículo 6 del Instructivo.

5.2.9 Envió a la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente en los OOAD y Jefaturas de Departamento en las UMAE, la solicitud de expediente clínico, informe médico y acciones realizadas para la atención de la queja, según la competencia, en un plazo que no exceda los tres días hábiles.

5.2.10 Envió a la CONAMED, en un plazo que no exceda los 20 días hábiles, el informe de mérito, a que hace referencia la fracción VI, base CUARTA de las Bases, acompañado de la información proporcionada por las Coordinaciones y Jefaturas de Departamento.

5.2.11 Emitirá respuesta a las solicitudes de reconsideración que presente la CONAMED, en un plazo no mayor a 4 días hábiles, a partir de la recepción de la documentación.

5.2.12 Determinará si las solicitudes de reconsideración son aceptadas o no, con base en la propuesta del Médico Representante, los argumentos presentados por la CONAMED y el expediente clínico.

5.2.13 Participará en las audiencias conciliatorias, cuando así lo solicite la CONAMED, con la finalidad de conciliar con los promoventes los acuerdos que emitan las Comisiones Bipartitas de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico, Consejos Consultivos Delegacionales y Juntas de Gobierno de las Unidades Médicas de Alta Especialidad, de acuerdo con su competencia.

5.2.14 Aplicará y difundirá por cualquier medio de comunicación disponible, lo establecido en las "Bases de Coordinación IMSS-CONAMED 2002" (Anexo 2), y vigilará su cumplimiento en coordinación con las instancias correspondientes.

Las Coordinaciones y Jefaturas de Departamento:



5.2.15 Proporcionarán a la DAQM la información y documentación relacionada con los hechos motivo de la queja, el expediente clínico y el informe sobre la instauración del procedimiento para la investigación y resolución de dichas quejas, todo lo cual deberá enviarse en un plazo no mayor a 12 días hábiles a partir de la recepción de la solicitud de documentación por parte de la DAQM y mantener actualizado el sistema informático vigente.

5.2.16 Enviarán a la DAQM una justificación con las causas que motiven el incumplimiento de envío de la información si se exceden 12 días hábiles.

5.2.17 Informarán a la DAQM las causas que motiven los retrasos en el envío de la información y documentación solicitada respecto a los plazos establecidos en el Instructivo.

5.2.18 Recibirán y tramitarán, hasta su conclusión, las quejas administrativas de su competencia, que se presenten ante la CONAMED en contra del IMSS, turnadas por la DAQM, la cual hará un seguimiento oportuno de las mismas, hasta que se concluyan.

5.2.19 Remitirán a la DAQM, en un plazo que no excederá de 50 días hábiles contados a partir de la fecha de registro de la queja en el SIADE, los acuerdos emitidos por las Comisiones Bipartitas de Atención al Derechohabiente de los Consejos Consultivos Delegacionales y Juntas de Gobierno de las Unidades Médicas de Alta Especialidad, así como las notificaciones de estos.

5.2.20 Informarán, cuando lo requiera la DAQM, las causas por las cuales no se atendieron las quejas en el plazo señalado por el Instructivo en su Artículo 6.

5.2.21 Comunicarán a la DAQM, en un plazo no mayor a 2 días hábiles contados a partir de la recepción en las Coordinaciones de Atención y Orientación al Derechohabiente en los OOAD y Jefaturas de Departamento en las UMAE, los casos de quejas que les sean turnadas para su atención que correspondan a otro nivel de competencia, de acuerdo con lo que establece el Instructivo.

El presente procedimiento tiene como documentos de referencia los siguientes:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 05 de febrero de 1917 y sus reformas.
- Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984 y sus reformas.
- Ley General de Víctimas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de enero de 2013 y sus reformas.
- Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 29 de junio de 1992 y sus reformas.



- Ley Federal de Procedimiento Administrativo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de agosto de 1994 y sus reformas.
- Ley Federal del Trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 01 de abril de 1970 y sus reformas.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, publicado el 29 de septiembre de 2003 en el Diario Oficial de la Federación y sus reformas.
- Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de enero de 2003 y sus reformas.
- Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006.
- Reglamento del Código Fiscal de la Federación, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 02 de abril de 2014 y sus reformas.
- Código Civil Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de mayo de 1928 y sus reformas.
- Código Fiscal de la Federación, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1981 y sus reformas.
- Bases de Coordinación CFE-SUTERM-IMSS celebradas el 31 de enero de 1994.
([http://comunidades.imss.gob.mx:106/sites/cc/doe/cad/Normatividad/Otros/Compendio de Convenios Bipartitos y Tripartitos.pdf](http://comunidades.imss.gob.mx:106/sites/cc/doe/cad/Normatividad/Otros/Compendio_de_Convenios_Bipartitos_y_Tripartitos.pdf))
- Instructivo para el trámite y resolución de quejas administrativas ante el IMSS, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2004 y sus reformas.
- “Norma que establece los criterios específicos para la organización y conservación de archivos en el IMSS” clave: 1000-001-026, elaborada el 28 de diciembre de 2018.



Responsable	Descripción de actividades
<p>6 Descripción de actividades</p> <p>Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED</p> <p>Analista de control</p> <p>Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED</p>	<p style="text-align: center;">Etapa I Recepción de la queja interpuesta ante la CONAMED</p> <p>1. Recibe de la CONAMED “Correo electrónico” con el “Oficio de remisión de la queja” y copia de la “Queja con anexos” y revisa que la queja contenga los datos señalados en el artículo 18 del Instructivo.</p> <p style="text-align: center;">No contiene todos los datos</p> <p>2. Solicita por “Correo electrónico” al Analista de control que notifique a la CONAMED los faltantes de información y adjunta el “Oficio de remisión de la queja” y copia de la “Queja con anexos”.</p> <p>3. Informa a la CONAMED por “Correo electrónico” de los faltantes de información, anexa el “Oficio de remisión de la queja” y copia simple de “Queja con anexos”.</p> <p>4. Recibe de la CONAMED confirmación de la recepción del “Correo electrónico”, archiva y queda en espera de respuesta.</p> <p>Continúa en la actividad 1.</p> <p style="text-align: center;">Sí contiene todos los datos</p> <p>5. Revisa en el “SIADE” (módulos Queja Médica y CONAMED) la existencia de queja previa y su competencia.</p> <p style="text-align: center;">Sí existe queja previa</p> <p>6. Elabora proyecto de “Correo electrónico”, dirigido a la Jefatura de Área de investigación, Coordinación o Jefatura de Departamento, según corresponda, en el que se solicita copia completa del expediente de queja médica.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED	<p>7. Turna el “Correo electrónico” a la Jefatura de Área de Investigación, Coordinación o Jefatura de Departamento, según corresponda.</p> <p>Continúa en la actividad 20.</p> <p style="text-align: center;">No existe queja previa</p>
Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED	<p>8. Turna el “Oficio de remisión de la queja” y copia de la “Queja con anexos” al Médico representante para su análisis y determinación del área competente.</p>
Médico representante	<p>9. Clasifica la queja para determinar el nivel de competencia, según corresponda, el cual puede ser para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Coordinación, Jefatura de Departamento o• Jefatura de área de investigación, <p>entrega “Oficio de remisión de la queja” y copia de la “Queja con anexos”, ya clasificada al Analista de control para su registro en el “SIADE”.</p> <p>NOTA: La clasificación se realiza con base en los artículos 7, 8 y 10 del Instructivo; debido a su gravedad, trascendencia, responsabilidad e implicaciones.</p>
Analista de control	<p>10. Registra en el “SIADE” la “Queja con anexos” y entrega al Analista de seguimiento el “Oficio de remisión de la queja” y copia de “Queja con anexos”, para que integre el “Expediente de queja”.</p>
Analista de seguimiento	<p>11. Integra al “Expediente de queja” el “Oficio de remisión de la queja” y copia de “Queja con anexos”, coloca portada y continua con la atención de la queja según clasificación instruida por el Médico representante.</p> <p>NOTA: Deberá de elaborar portada del “Expediente de queja” de acuerdo con los “Norma que establece los criterios específicos para la organización y conservación de archivos en el IMSS” clave: 1000-001-026, elaborado el 28 de noviembre de 2018.</p>



Responsable	Descripción de actividades
	<p>Etapa II Atención de la queja</p> <p>Competencia de la Jefatura de Área de investigación</p>
Analista de seguimiento	<p>12. Elabora proyecto de “Memorándum de notificación” dirigido a la Jefatura de Área de Investigación, con el que se remite copia del “Expediente de queja” de acuerdo con el artículo 7 del Instructivo en donde indica que al término de la investigación se remita copia del acuerdo resolutorio y oficio de notificación al promovente y turna para revisión y firma de la Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED.</p>
Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED	<p>13. Firma el “Memorándum de notificación” y entrega, junto con la copia del “Expediente de queja físico”, a la Jefatura de Área de Investigación para la resolución de la queja.</p>
Jefatura de Área de Investigación	<p>14. Recibe original y copia del “Memorándum de notificación”, junto con la copia del “Expediente de queja”, firma de recibido en copia y solicita al Analista de control del área de investigación su captura en el “SIADE” como Queja Administrativa, para su seguimiento y conclusión.</p>
Analista de control	<p>15. Registra en el “SIADE” copia del “Memorándum de notificación”, anexa al “Expediente de queja” y turna al Analista de seguimiento para que elabore el “Oficio petitorio”.</p>
Analista de seguimiento	<p>16. Elabora “Oficio petitorio” dirigido a la Coordinación o Jefatura de Departamento involucrada, en el que solicita expediente clínico e informe médico, y envía para firma a la Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED.</p>
Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED	<p>17. Firma “Oficio petitorio” y lo remite a la Coordinación o Jefatura de Departamento, vía “Correo electrónico”.</p>
Coordinación Técnica o Jefatura	<p>18. Recibe “Correo electrónico” con “Oficio</p>



Responsable	Descripción de actividades
de Departamento	petitorio”, acusa de recibido y solicita por “Correo electrónico” u “Oficio de solicitud” el expediente clínico e informe médico a los Órganos operativos involucrados.
Coordinación Técnica o Jefatura de Departamento	19. Recibe de los Órganos operativos por “Correo electrónico” u “Oficio de entrega de información” el “Expediente clínico” e “Informe médico” y lo envía por “Correo electrónico” u “Oficio de envío” al Analista de control.
Analista de control	20. Recibe “Correo electrónico” u “Oficio de envío” con el “Expediente clínico” e “Informe médico” y captura en el “SIAD” y turna al analista de seguimiento.
Analista de seguimiento	21. Elabora proyectos de “Correo electrónico” dirigidos a la CONAMED” y a la Jefatura de Área de Investigación a fin de remitirles copia del “Expediente clínico” e “Informe médico” y complementar el “Expediente de la queja”, envía para autorización y envío de la Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED
Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED	22. Autoriza “Correos electrónicos” y los remite junto con el “Expediente clínico” e “Informe médico” a la CONAMED y Jefatura de Área de Investigación, respectivamente; con copia al Analista de seguimiento.
	<p>NOTA 1: El oficio para la CONAMED y los anexos se hacen llegar en cumplimiento a la fracción VI base CUARTA de las Bases.</p> <p>NOTA 2: El Jefe de Área de Investigación recibe el “Correo electrónico” con el anexo del “Expediente clínico” e “Informe médico”, y remite al médico investigador a cargo de la Queja Administrativa, para su investigación y, en su caso, conclusión, como parte del “Procedimiento para la recepción, trámite y resolución de quejas administrativas, relacionadas con la prestación de servicios médicos institucionales 4D14-B03-002”.</p>
Analista de seguimiento	23. Recibe “Correos electrónicos” e integra al “Expediente de queja”.
	Continúa en la actividad 36.



Responsable	Descripción de actividades
<p>Analista de seguimiento</p> <p>Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED</p> <p>Analista de seguimiento</p> <p>Coordinación Técnica o Jefatura de Departamento</p> <p>Analista de control</p>	<p>Competencia de la Coordinación o Jefatura de Departamento</p> <p>24. Elabora “Oficio petitorio” dirigido a la Coordinación o Jefatura de Departamento involucrada, con el que se remite copia del “Expediente de queja” de acuerdo con el artículo 8, fracción I, inciso a) del Instructivo, en el que se indica que deberá remitir en primer término copia del expediente clínico e informe médico y al término de la investigación copia del acuerdo resolutorio y oficio de notificación al promovente y turna a la Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED para revisión y firma.</p> <p>25. Firma “Oficio petitorio” e instruye su envío al Analista de seguimiento.</p> <p>26. Recibe físicamente el “Oficio petitorio” y envía junto con el “Expediente de queja” por “Correo electrónico” a la Coordinación o Jefatura de Departamento que corresponda, a efecto de que solicite, en primer término, el expediente clínico e informe médico a los Órganos operativos involucrados para su remisión a la Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED; queda en espera de la información solicitada.</p> <p>27. Recibe por “Correo electrónico” con “Oficio petitorio”, “Expediente de queja”, acusa de recibido y solicita por “Correo electrónico” u “Oficio” el expediente clínico e informe médico a los Órganos operativos involucrados.</p> <p>28. Recibe por “Correo electrónico” u “Oficio” de los Órganos operativos el “Expediente clínico” e “Informe médico”, integra la información solicitada al “Expediente de queja” y lo envía por “Correo electrónico” u “Oficio de respuesta” al Analista de control.</p> <p>29. Recibe por “Correo electrónico” u “Oficio de respuesta” “Expediente clínico” e “Informe médico”, captura en el “SIAD” y turna al Analista</p>



Responsable	Descripción de actividades
Analista de seguimiento	de seguimiento para que lo integre al "Expediente de queja". 30. Recibe físicamente el "Oficio de respuesta", "Expediente clínico" e "Informe médico" y archiva junto con el "Oficio de respuesta" en el "Expediente de queja". 31. Elabora proyecto de "Oficio para la CONAMED", en el cual adjunta la copia del "Expediente clínico", e "Informe médico" y turna a la Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED para revisión y rúbrica.
Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED	32. Revisa y rubrica "Oficio para la CONAMED" y entrega a la DAQM para revisión y firma.
DAQM	33. Firma el "Oficio para la CONAMED" y entrega a la Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED para su envío.
Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED	34. Envía a la CONAMED por "Correo electrónico" o valija institucional el "Oficio de remisión" junto con el "Expediente clínico" e "Informe médico" y entrega copia al Analista de control para su registro en el "SIADE".
Analista de control	35. Registra en el "SIADE" el "Oficio de remisión" y entrega la copia al Analista de seguimiento para que lo integre al "Expediente de queja".
Analista de seguimiento	36. Integra al "Expediente de queja" la copia del "Oficio de remisión", archiva temporalmente y queda en espera del acuerdo resolutorio y oficio de notificación al promovente, que emitan las Coordinaciones, Jefaturas de Departamento y/o Jefatura de Área de Investigación, para informar a la CONAMED.
Coordinación Técnica, Jefatura de Departamento y/o Jefatura de Área de Investigación	37. Emiten "Acuerdo resolutorio" y "Oficio de notificación al promovente" y remite copia al Analista de control, por "Correo electrónico" u "Oficio".
Analista de control	38. Recibe por "Correo electrónico" u "Oficio", "Acuerdo resolutorio" y "Oficio de notificación al



Responsable	Descripción de actividades
Analista de seguimiento	<p>promovente”, captura en el “SIADE” y turna al Analista de seguimiento para que lo integre al expediente de queja.</p> <p>39. Recibe físicamente “Acuerdo resolutorio” y “Oficio de notificación al promovente” y archiva en el “Expediente de queja”.</p> <p>40. Elabora proyecto de “Oficio para la CONAMED”, adjunta la copia del “Acuerdo resolutorio” y “Oficio de notificación al promovente” y turna a la Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED para revisión y rúbrica.</p>
Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED	<p>41. Revisa y rubrica “Oficio para la CONAMED” y entrega a la DAQM para revisión y firma.</p>
DAQM	<p>42. Firma el “Oficio para la CONAMED” y entrega a la Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED para su envío.</p>
Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED	<p>43. Envía a la CONAMED por “Correo electrónico” o valija institucional el “Oficio para la CONAMED” y copia del “Acuerdo resolutorio” y Oficio de notificación al promovente de la Queja Administrativa” y entrega copia del oficio al Analista de control para su registro en el “SIADE”.</p>
Analista de control	<p>44. Registra en el “SIADE” el “Oficio para la CONAMED” y entrega la copia al Analista de seguimiento para que lo integre al “Expediente de queja”.</p>
Analista de seguimiento	<p>45. Integra al “Expediente de queja” la copia del “Oficio para la CONAMED”, archiva temporalmente y queda en espera de la “Notificación de audiencia”, por parte de la CONAMED.</p>
Jefatura de Área de Atención a	<p style="text-align: center;">Etapas III De la atención de la audiencia</p> <p>46. Recibe por parte de la CONAMED “Correo</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Quejas CONAMED</p> <p>Médico representante y DAQM</p>	<p>electrónico con la notificación de audiencia” y la programación de audiencias semanales virtuales, telefónicas o presenciales y lo turna al Médico representante.</p> <p>47. Agenda audiencias convocadas por la CONAMED con los “Expedientes de queja en físico” y queda en espera de la confirmación o diferimiento de la audiencia.</p> <p>NOTA 1: La DAQM se presentará a las audiencias, sólo cuando la CONAMED determine que es necesaria su participación para conciliar con los promoventes los acuerdos emitidos por las Comisiones Bipartitas de atención al Derechohabiente del Consejo Técnico, Consejos Consultivos Delegacionales o Juntas de Gobierno de las Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>NOTA 2: La CONAMED en ejercicio de sus facultades, en ese acto podrá determinar si se lleva a cabo la audiencia o en su defecto difiere la misma.</p> <p style="text-align: center;">Se difiere la audiencia de conciliación</p>
<p>Médico Representante y DAQM</p>	<p>48. Recibe por “Correo electrónico de la CONAMED “Acta de diferimiento” la cual incluye las causas por las cuales se aplaza la audiencia, integra al “Expediente de queja” junto con el “Oficio de programación de audiencias” y los entrega al Analista de control para su registro en el “SIADE”.</p>
<p>Analista de control</p>	<p>49. Recibe “Expediente de queja”, captura en el “SIADE” el “Acta de diferimiento” y archiva el “Expediente de queja” hasta que la CONAMED la programe nuevamente.</p> <p>Continúa en la actividad 47.</p> <p style="text-align: center;">No se difiere audiencia</p>
<p>Médico Representante y DAQM</p>	<p>50. Celebra audiencia, en donde se le comunica al promovente el contenido del “Acuerdo resolutorio” emitido por el Consejo Consultivo Delegacional, el H. Consejo Técnico o la Junta de Gobierno de la UMAE y queda en espera de acciones por parte de la CONAMED.</p> <p style="text-align: center;">Etapas IV De la reconsideración</p>



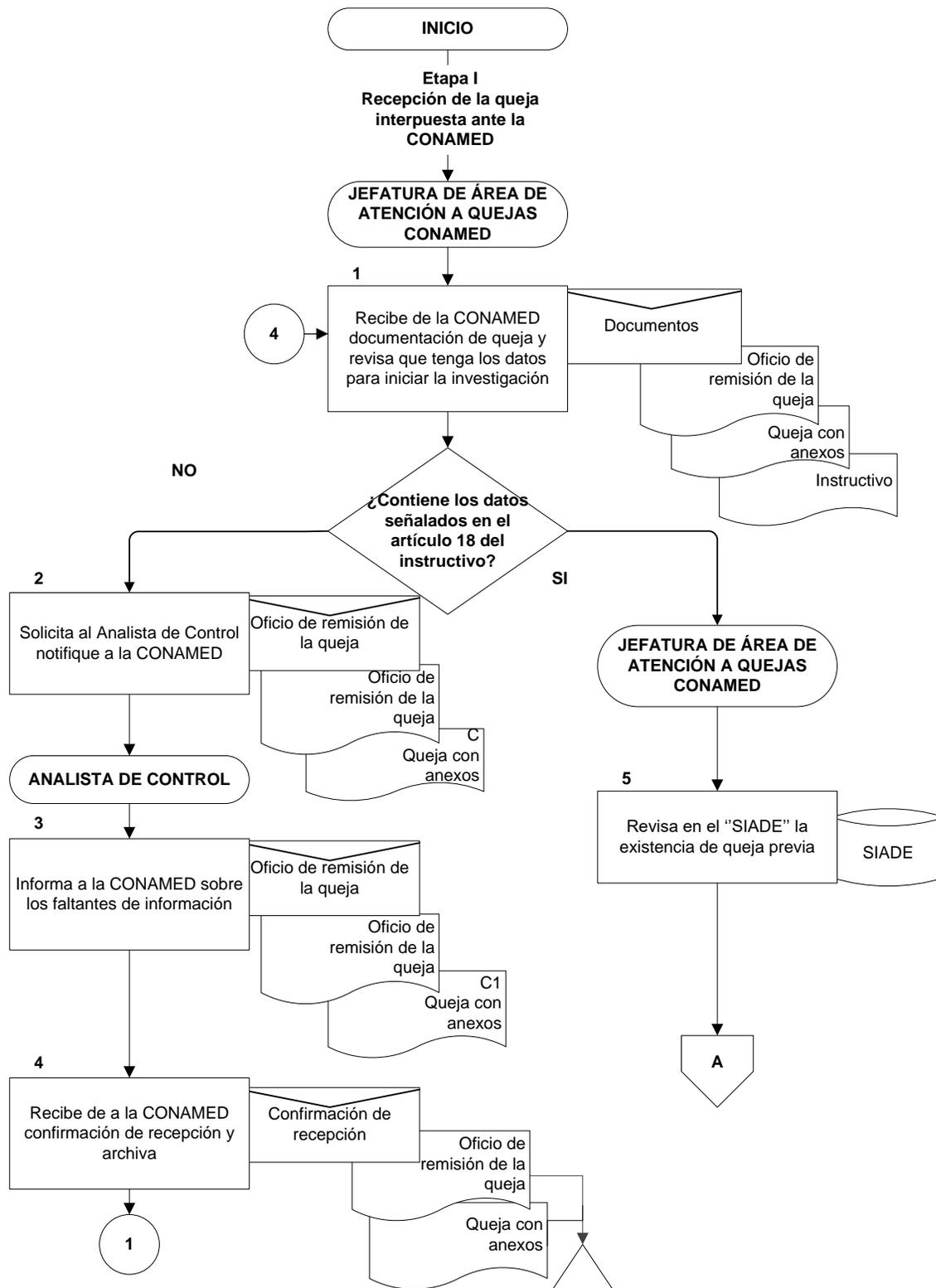
Responsable	Descripción de actividades
<p>Médico Representante y DAQM</p> <p>Médico Representante</p> <p>Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED</p> <p>Analista de control</p>	<p>CONAMED no solicita reconsideración</p> <p>Continúa en la actividad 64.</p> <p>CONAMED solicita reconsideración</p> <p>51. Recibe de la CONAMED el “Borrador de solicitud de reconsideración”, revisa y elabora propuesta de aceptación o rechazo, con base en el análisis de los argumentos presentados por la CONAMED y las notas del “Expediente clínico”, así como programación para la celebración de reunión colegiada para su discusión.</p> <p>NOTA: Se entiende como “Borrador” a la propuesta previa a la solicitud formal que emite la CONAMED a través de un oficio.</p> <p>52. Participa en reunión colegiada donde la CONAMED expone los elementos que considera pueden cambiar el sentido de la resolución de la queja, y presenta los argumentos por los que se acepta o no la “Solicitud de reconsideración”.</p> <p>No procede la solicitud de reconsideración</p> <p>Continúa en la actividad 64.</p> <p>Sí procede la solicitud de reconsideración</p> <p>53. Informa por “Correo electrónico” a la CONAMED que el “Borrador de solicitud de reconsideración” ha sido aceptado, incluye el “Expediente de queja”, y queda en espera de la formalización del “Oficio de solicitud de Reconsideración”.</p> <p>54. Recibe de la CONAMED “Correo electrónico” con el “Oficio de Solicitud de reconsideración” y lo entrega al Analista de control, para su registro en el “SIADE”.</p> <p>55. Registra en el “SIADE” el “Oficio de Solicitud de reconsideración” y lo entrega al Analista de seguimiento para que elabore “Memorándum de reconsideración”.</p>

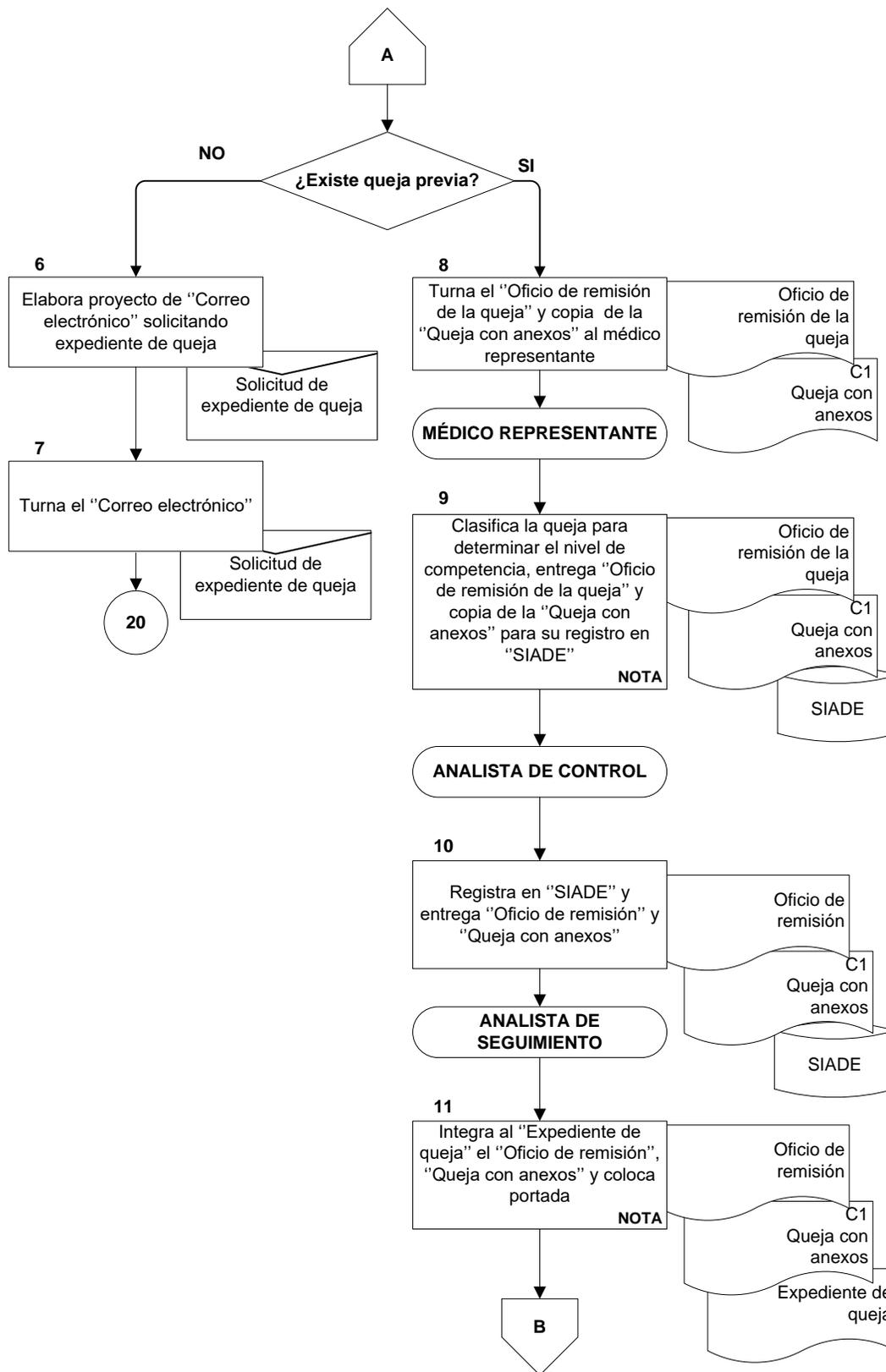


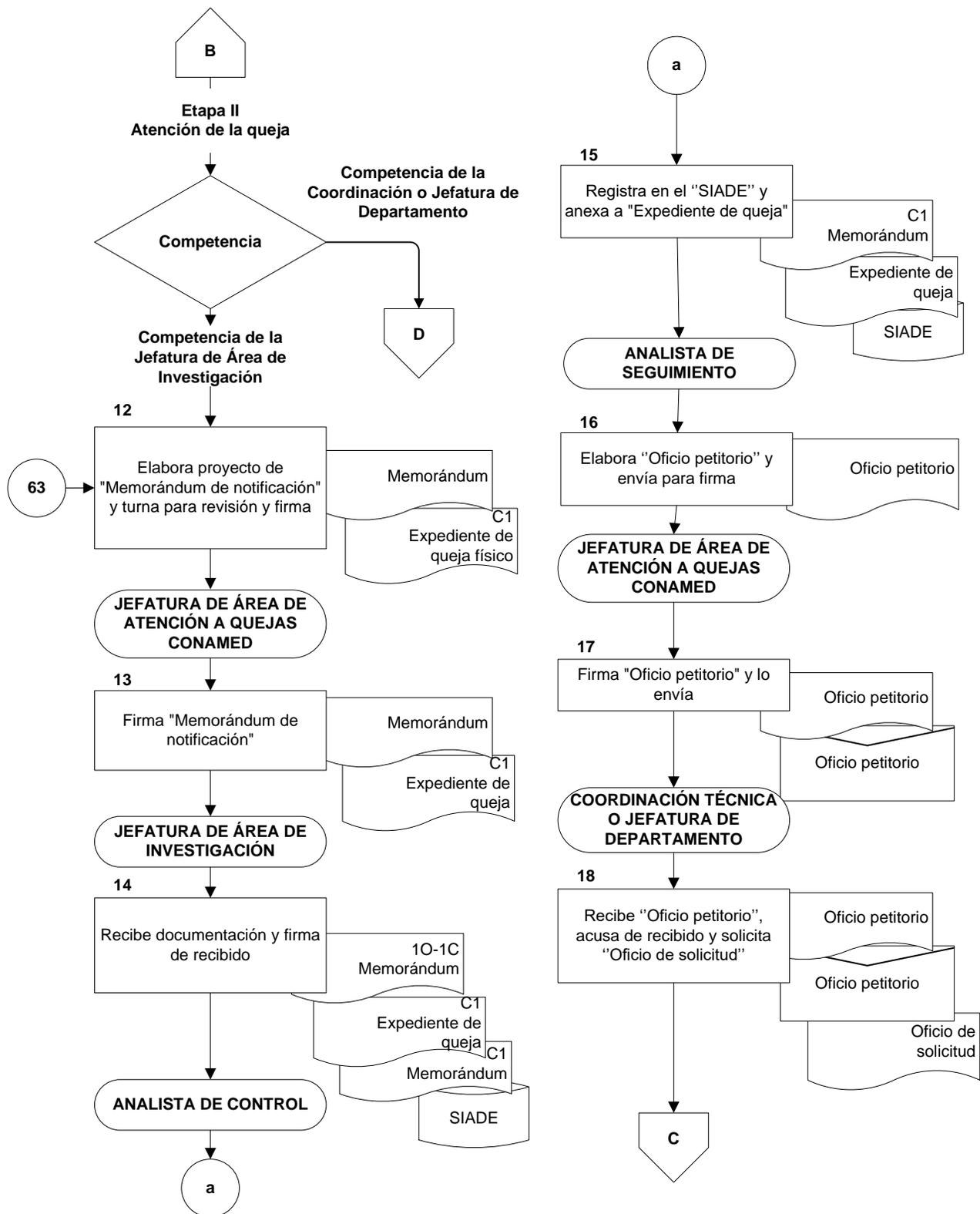
Responsable	Descripción de actividades
Analista de seguimiento	56. Recibe el “Oficio de Solicitud de reconsideración” y elabora proyecto de “Memorándum de reconsideración” dirigido a la Jefatura de Área de Investigación, informando que la Reconsideración ha sido aceptada para que se proceda a su investigación y resolución, turna para revisión y firma a la Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED.
Analista de seguimiento	
Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED	57. Firma el “Memorándum de reconsideración”, y entrega “Expediente de queja” y el “Oficio de solicitud de reconsideración” al Analista de seguimiento para su entrega a la Jefatura de Área de investigación.
Analista de seguimiento	58. Recibe físicamente el “Memorándum de reconsideración” y entrega a Jefatura de Área de investigación en original y copia, junto con el “Expediente de queja” y el “Oficio de solicitud de reconsideración”.
Jefatura Área de Investigación	59. Recibe original y copia del “Memorándum de reconsideración”, “Expediente de queja” y “Oficio de solicitud de reconsideración” para su investigación y resolución, firma de recibido en copia y devuelve copia de “Memorándum de reconsideración” a la Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED. 60. Solicita al Analista de control del área de investigación su captura en el “SIADE” como queja administrativa y entrega al médico investigador que corresponda el turno, para su análisis y conclusión.
Jefatura de Área de Atención a Quejas CONAMED	61. Recibe copia del “Memorándum de Reconsideración” y lo turna al Analista de control para su captura en el “SIADE”.
Analista de control	62. Recibe copia del “Memorándum de Reconsideración”, captura en el “SIADE” y turna al Analista de seguimiento, para su integración al “Expediente de queja”.

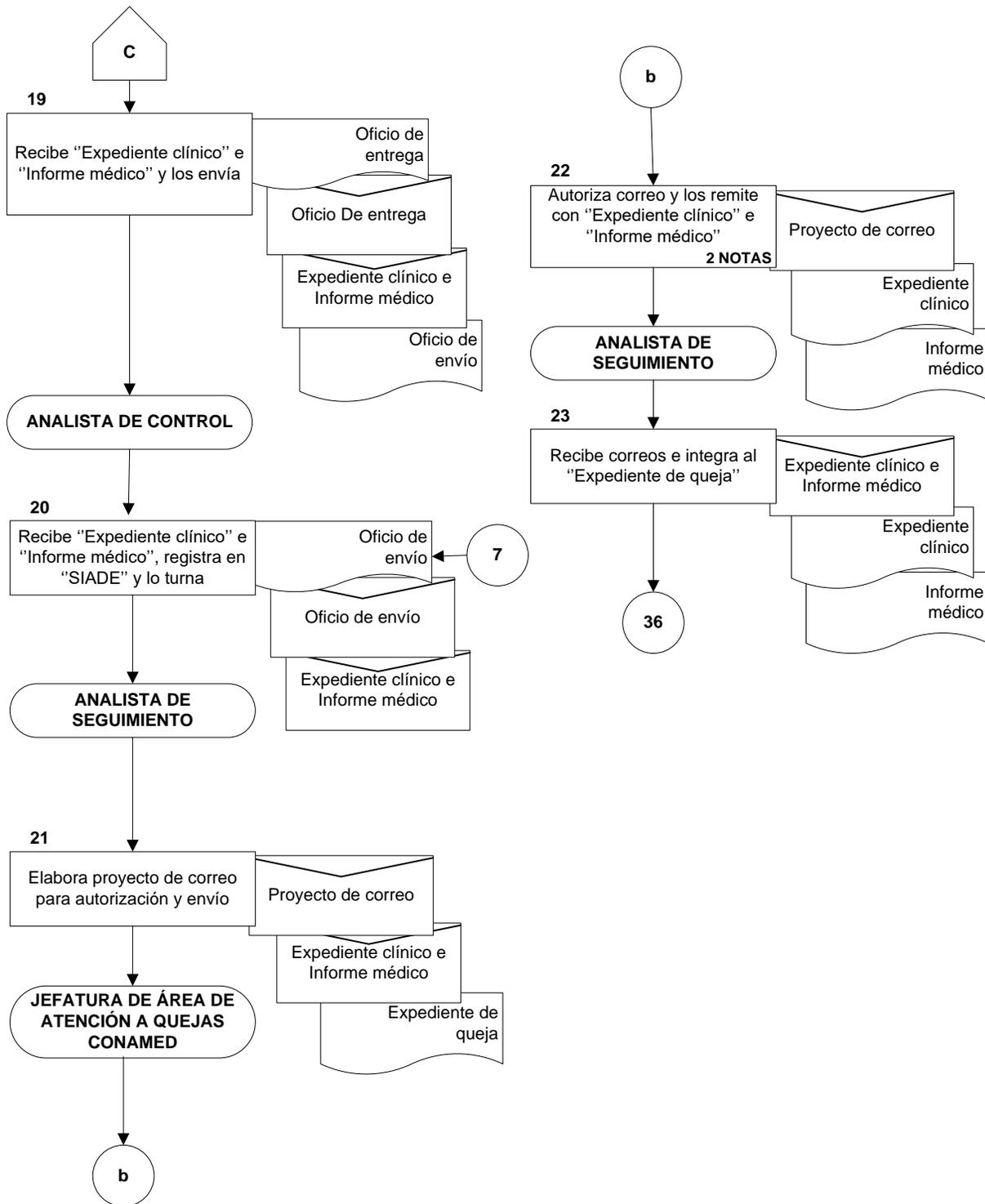


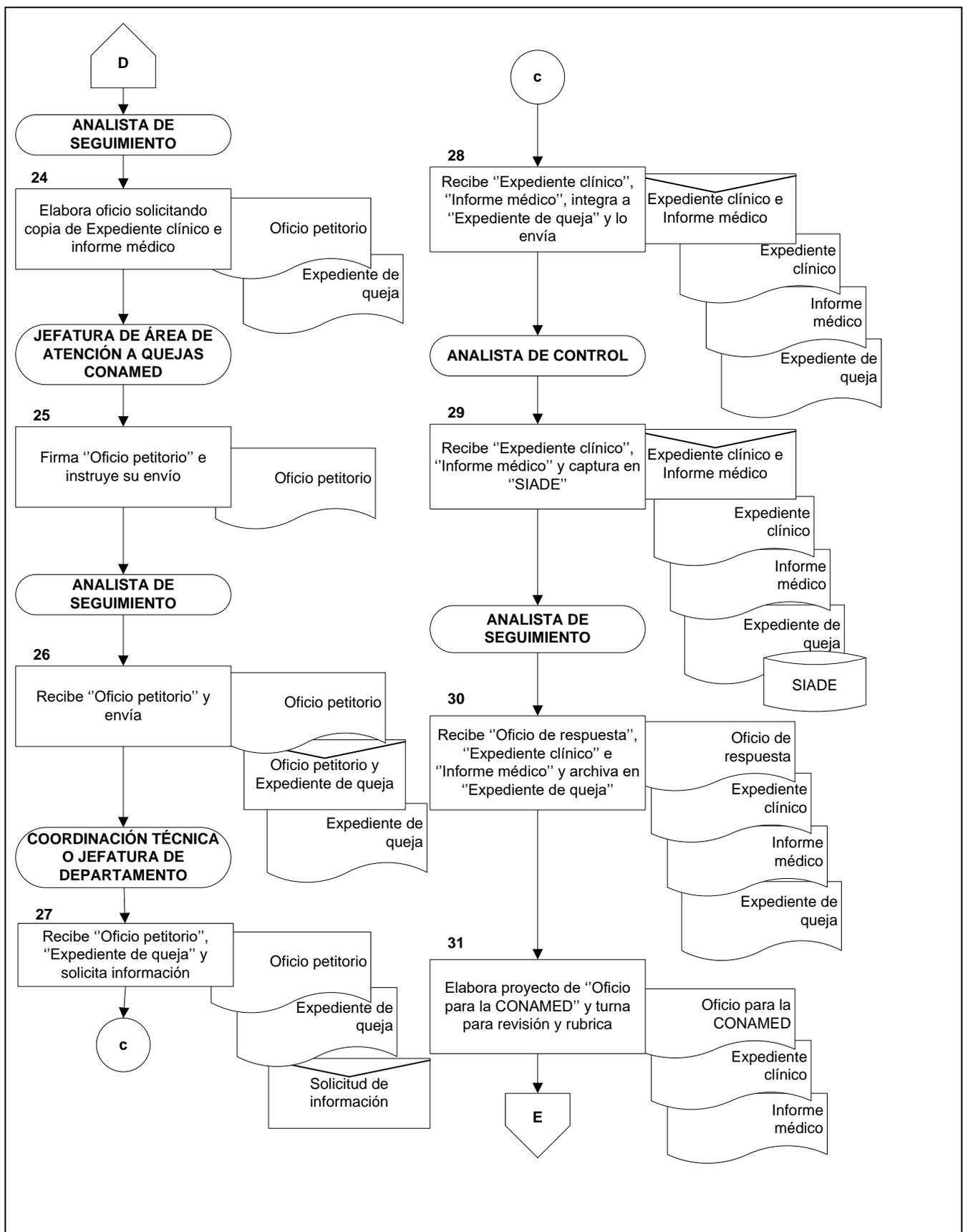
7 Diagrama de flujo

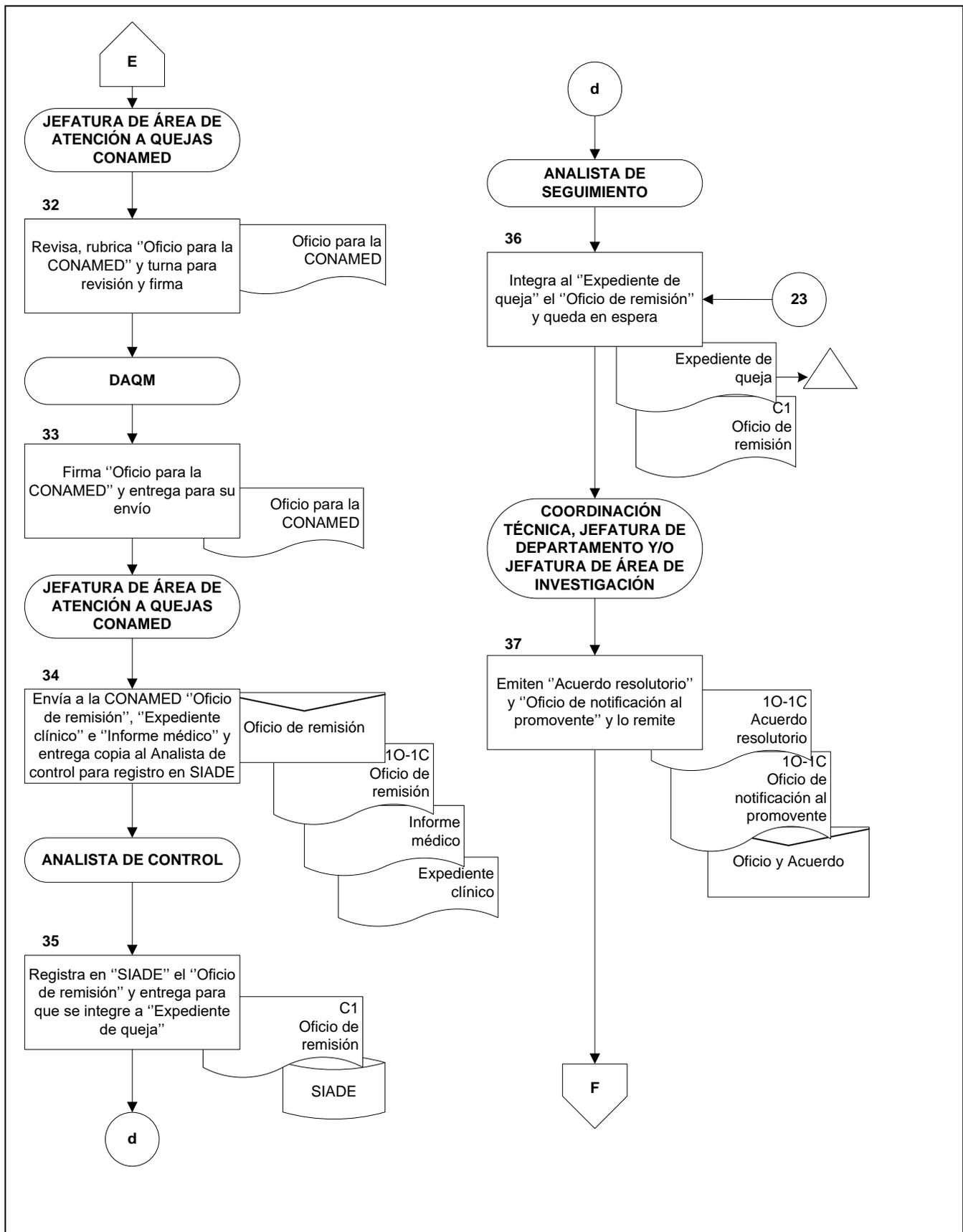


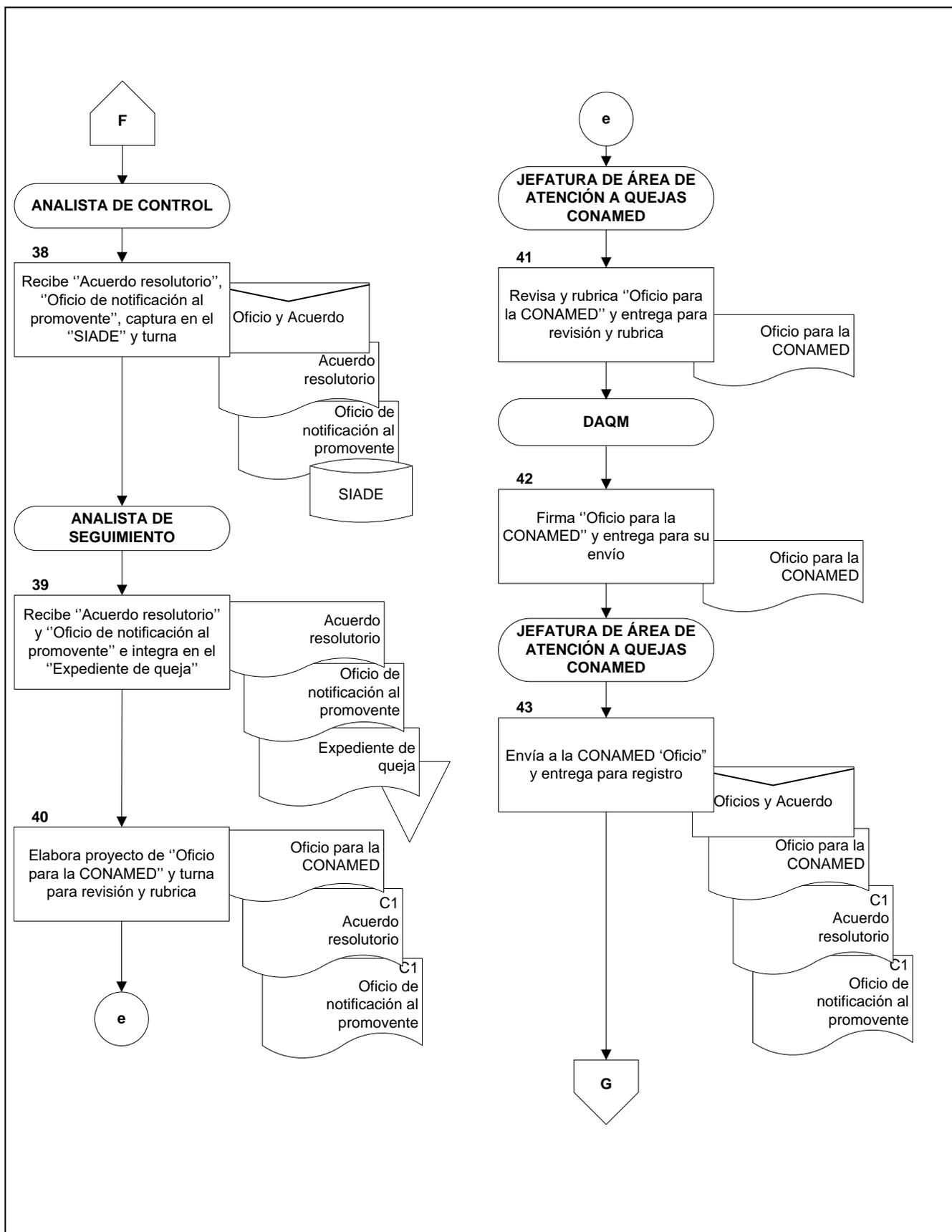


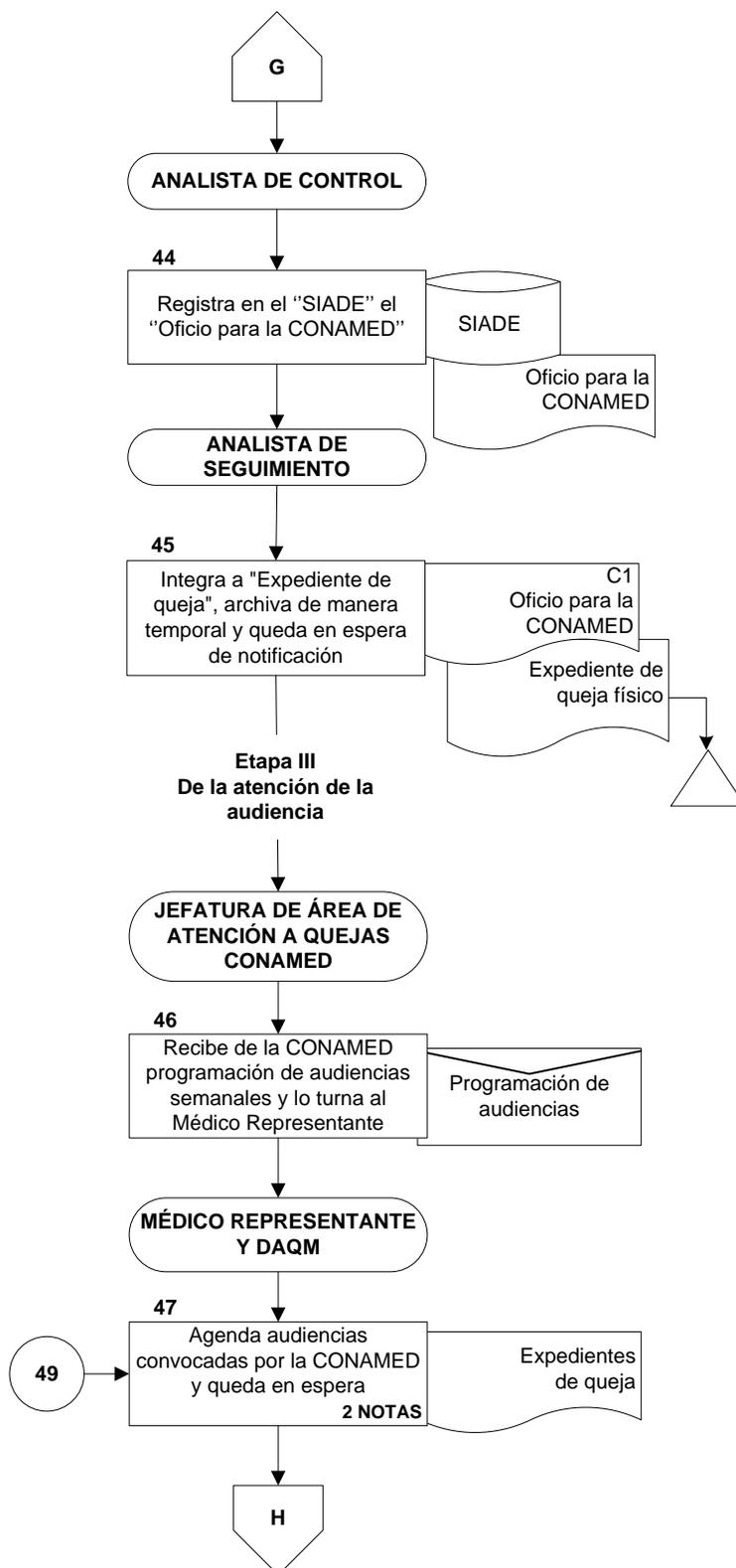


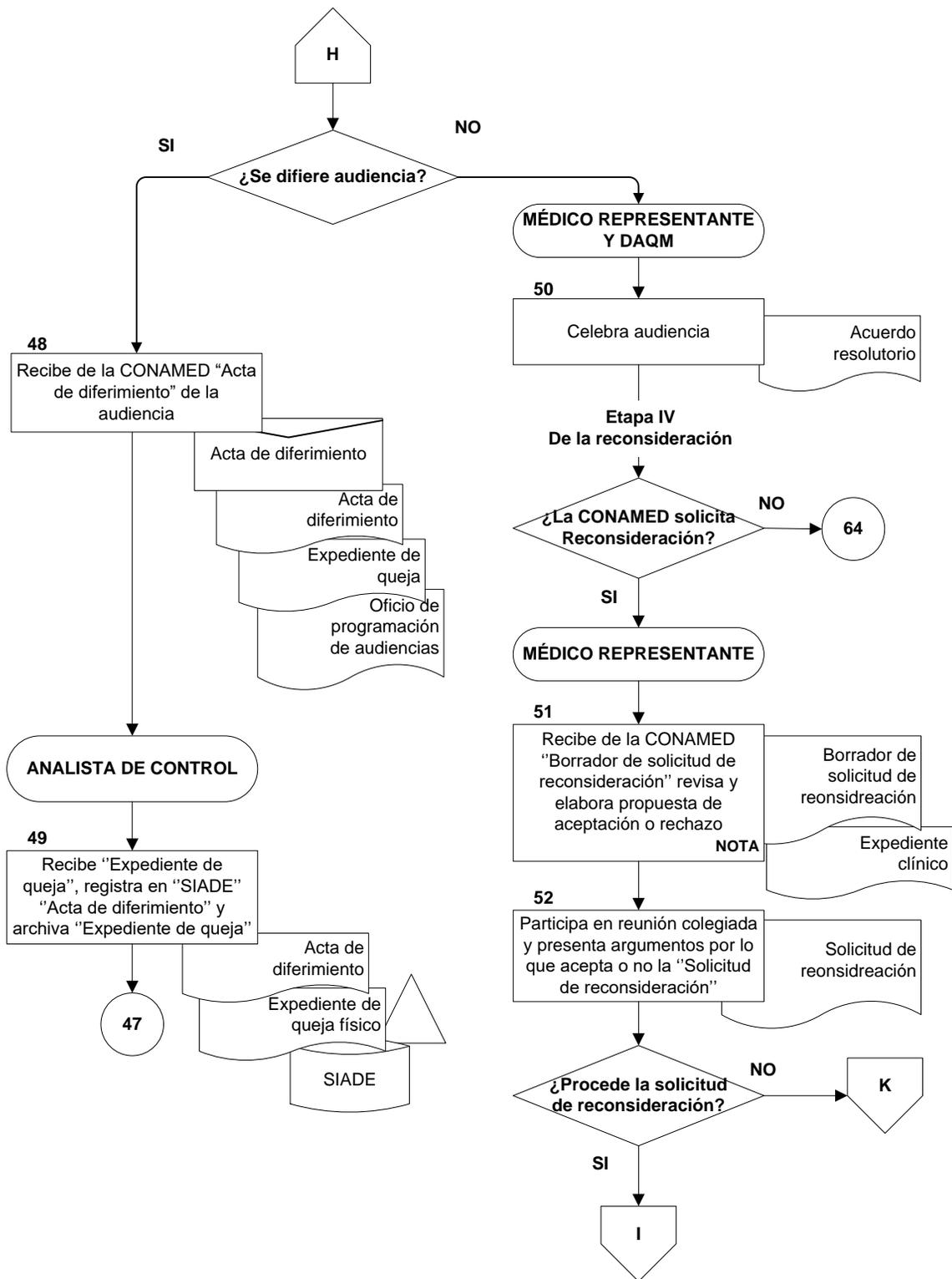


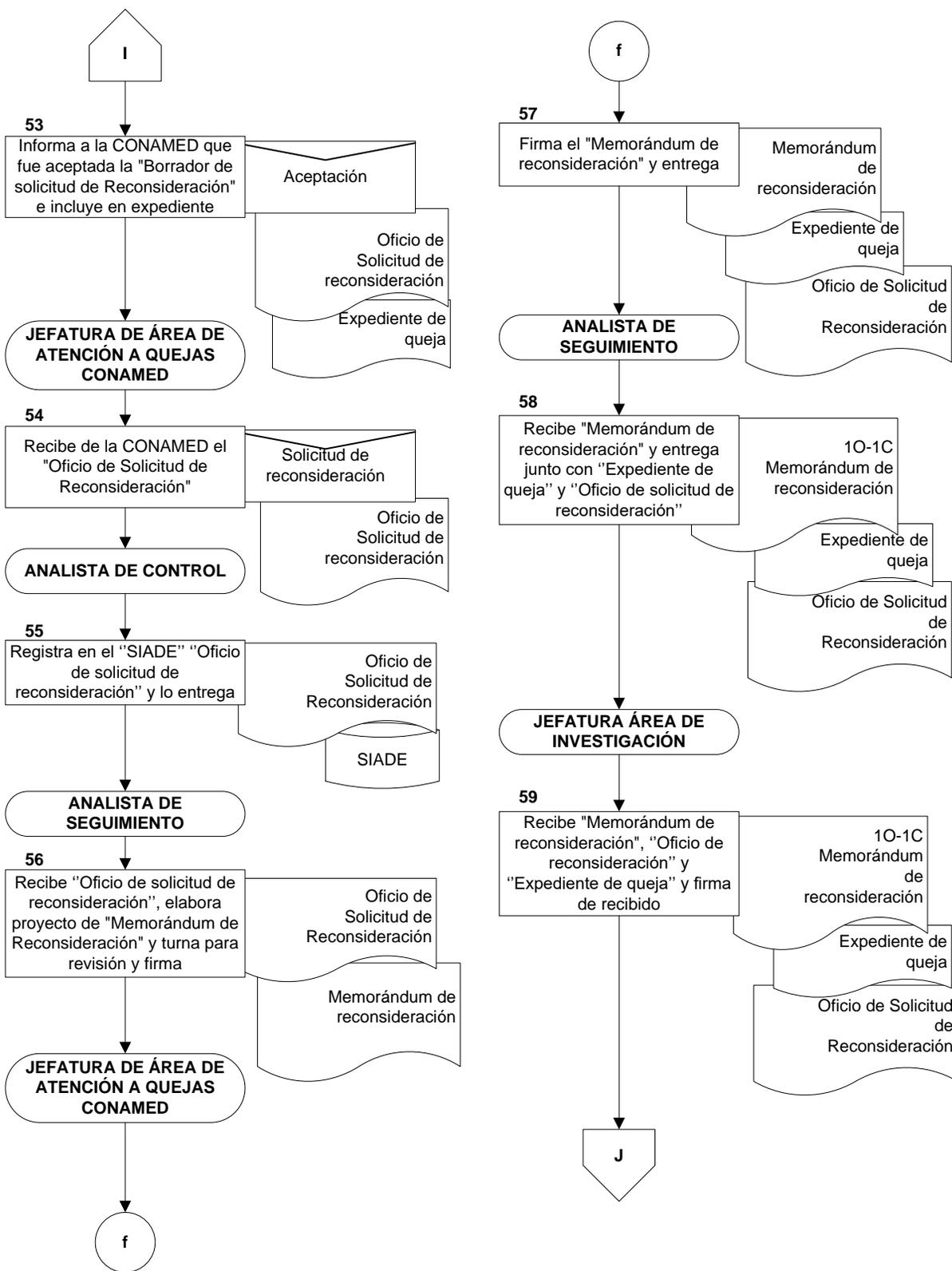


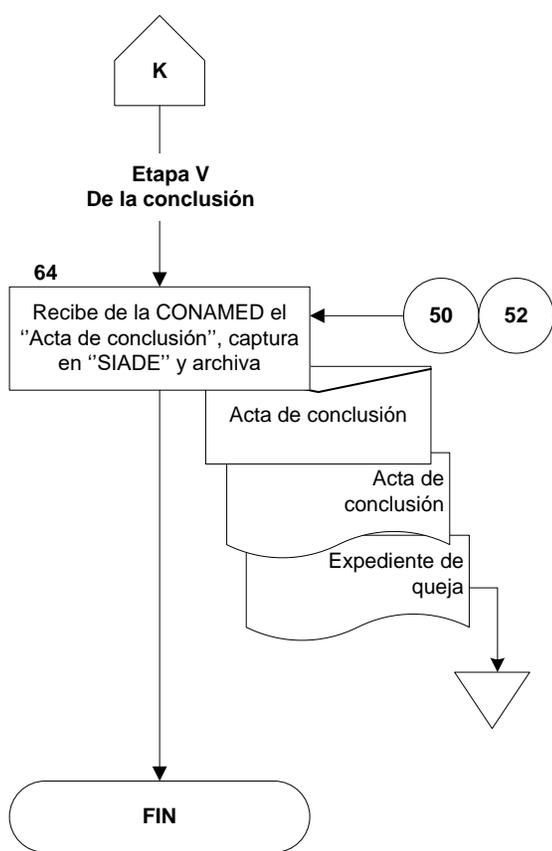
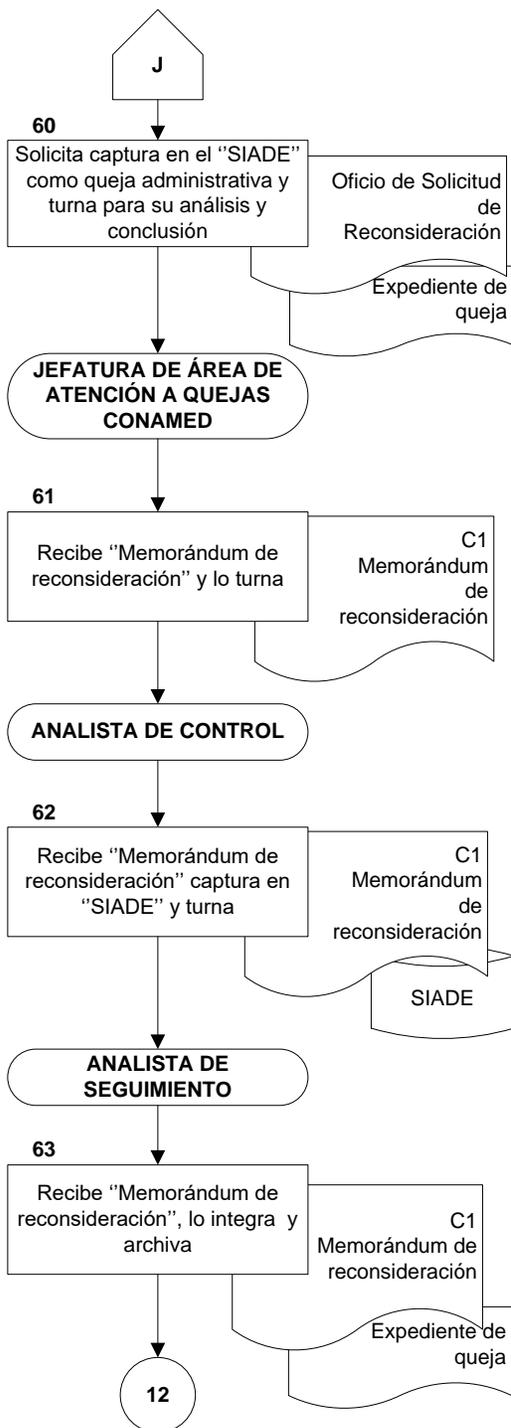














ANEXO 1

**Acuerdo 569/97 del H. Consejo Técnico del IMSS
de fecha 19 de noviembre de 1997**



PROSECRETARÍA DEL
TRABAJO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL

34/

RECIBIDO
11/00
Polo

México, D.F., a 10 de diciembre de 1997.

LIC. JOSE DE JESUS DIEZ DE BONILLA ALTAMIRANO
Coordinador General de Atención y Orientación al
Derechohabiente
Presente

8173

El H. Consejo Técnico, en la sesión celebrada el día 19 de noviembre del presente año, dictó el Acuerdo número 569/97, en los siguientes términos:

"Este Consejo Técnico, con fundamento en lo que establecen los Artículos 251 fracciones VIII, XX y XXIII, 263, 264 fracciones VII y XIX, 268 fracción X y 296 de la Ley del Seguro Social, del Reglamento para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, y como una muestra de confianza de este Organismo de Gobierno del Instituto a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico que busca la conciliación entre el prestador de los servicios y el usuario, y dar solución a problemas planteados por inoportuna o inadecuada atención médica del IMSS, aprueba la propuesta del señor licenciado Genaro Borrego Estrada, Director General del Instituto, en el sentido de que, por conducto de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente de este Cuerpo Colegiado se envíe a la mencionada Comisión Nacional de Arbitraje Médico el expediente que se hubiere formado con motivo de una queja interpuesta por el derechohabiente, una vez que la misma haya sido resuelta por el Consejo Consultivo Regional, Delegacional o la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente de este propio Cuerpo Colegiado, según corresponda, en el caso de que el quejoso no esté de acuerdo con la resolución que le haya recaído a su queja, con el objeto de que la propia CONAMED emita su opinión sobre el asunto y el IMSS dicte la resolución que estime procedente pudiendo, en su caso, dejar sin efecto la resolución que hubiere pronunciado con anterioridad".

Lo que comunico a usted para su conocimiento y debido cumplimiento.

Atentamente

Lic. Juan Moisés Calleja García
Secretario General

...vta.



Con copia:

- Lic. Genaro Borrego Estrada.- Director General.- Presente.
- Sr. Filiberto Rodríguez Daniel.- Miembro del H. Consejo Técnico.- Presente.
- Sr. Daniel Sierra Rivera.- Miembro del H. Consejo Técnico y de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente.- Presente.
- Lic. Fernando Yllanes Ramos.- Miembro del H. Consejo Técnico y de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente.- Presente.
- Lic. Víctor Roberto Infante González.- Prosecretario del H. Consejo Técnico.- Presente.

JMCG'VRIG'JRBB'MGP'mppl



ANEXO 2

Bases de coordinación IMSS-CONAMED 2002



BASES DE COORDINACIÓN QUE, PARA LA RESOLUCIÓN DE QUEJAS DERIVADAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA, OTORGAN, POR UNA PARTE, LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO EN LO SUCESIVO LA "CONAMED", POR CONDUCTO DEL COMISIONADO NACIONAL, DR. CARLOS TENA TAMAYO y POR OTRA, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN ADELANTE EL "IMSS", REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL DR. SANTIAGO LEVY ALGAZI.

ANTECEDENTES

- I. El 25 de febrero de 1998 la CONAMED y el IMSS suscribieron Bases de coordinación IMSS-CONAMED, con el objeto de establecer la Coordinación necesaria para la atención, investigación y resolución de las quejas derivadas de la atención médica a cargo del IMSS y a partir del conocimiento de las causas que generaron la queja y sus medios de solución, impulsar el mejoramiento de los servicios médicos.
- II. El día 7 de noviembre del 2000, los titulares de ambas instituciones firmaron un segundo instrumento de coordinación con el objeto de adicionar las Bases mencionadas en el antecedente I, para obtener la participación de las comisiones estatales de arbitraje médico en la resolución de las controversias entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y sus derechohabientes en cuanto a prestación de servicios médicos.
- III. En virtud de la experiencia obtenida a partir de la aplicación de los citados instrumentos, se hace necesario actualizar las reglas que norman la coordinación entre las partes a fin de mejorar la Calidad de la atención.

DECLARACIONES

DE LA CONAMED:

1. Que es un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, jerárquicamente subordinado y con autonomía operativa, en términos de lo dispuesto por los artículos 28 y 29 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
2. Que fue creada por decreto del Ejecutivo Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996, como un órgano administrativo con autonomía técnica, que tiene por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los pacientes sus familiares y los médicos.
3. Que entre sus atribuciones están las de recibir, investigar y atender las inconformidades que presentan los pacientes y sus familiares, por la posible irregularidad o negativa de prestación de servicios, así como convenir con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas acciones que le permitan cumplir con sus funciones, de conformidad con el artículo 4º, fracciones II y X, del decreto referido en la declaración que antecede.
4. Que el Dr. Carlos Tena Tamayo fue designado Comisionado Nacional por el Presidente de la República, el 1º de diciembre de 2000 y que en tal virtud está



legalmente facultado para celebrar toda clase de actos jurídicos que permitan el cumplimiento del objeto de sus representada, conforme al artículo 11 fracciones 1 y V, de su Decreto de Creación.

5. Que para efectos del presente Convenio señala como domicilio el ubicado en Mitla número 250, Colonia Narvarte, Delegación, Benito Juárez, C.P. 03600, México, Distrito Federal.

DEL IMSS:

1. El "IMSS", es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, que rige su organización y funcionamiento por la Ley del Seguro Social y tiene entre sus atribuciones en los términos de sus artículos 6°, 7° y 296, la de cubrir las contingencias y proporcionar a sus asegurados y beneficiarios los servicios que se especifican para el régimen obligatorio o para el régimen voluntario, mediante el otorgamiento de las prestaciones en la forma y condiciones previstas por la propia Ley, así como en su Reglamento para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, y conocer de las insatisfacciones de los usuarios por actos u omisiones del personal Institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos.
2. El procedimiento para la interposición y trámite de quejas ante el "IMSS", con motivo de la atención médica proporcionada por dicho organismo, se sujeta a lo previsto en el artículo 296 de la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995, y su Reglamento para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado el 30 de junio de 1997 en el citado Diario Oficial.

DECLARACIONES CONJUNTAS:

1. Siendo imperativo constitucional el de dar eficacia al derecho a la protección de la salud, se hace necesaria la colaboración y coordinación entre las partes, pues la "CONAMED" según lo expuesto, tiene entre sus fines buscar la mejoría de los servicios de atención médica y el "IMSS", en tanto prestador de los mismos, ha desarrollado una considerable y reconocida experiencia en la materia, además de realizar investigación para la salud, cuyos resultados han de ser aprovechados en la mejoría de los servicios.
2. Tomando en cuenta el marco normativo que rige a la "CONAMED", se hace necesario precisar los procedimientos de colaboración entre ambas instituciones para la atención de las quejas planteadas por los derechohabientes, con el propósito de hacer complementario el ejercicio de las atribuciones de las signatarias, sin detrimento de los derechos de los usuarios, ni de la legislación en vigor.
3. Que tienen interés en dejar establecido, así mismo, en las presentes Bases, el procedimiento de coordinación con las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico.

Merced a lo expuesto, y teniendo ambas partes atribuciones expresas para signar instrumentos de coordinación, al tenor del artículo 4° fracción X, y II, fracciones I y V del Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 251 fracciones IV,



VIII, XX Y XXXVII, 268 fracciones III, IX Y XIL, 296 de la Ley del Seguro Social, el Reglamento para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Acuerdo 569/97 del H. Consejo Técnico del 19 de noviembre de 1997, han decidido otorgar las presentes:

BASES

PRIMERA. - Las presentes bases tienen por objeto establecer la coordinación entre las signantes, para la atención, investigación y resolución de las quejas derivadas de la atención médica a cargo de del "IMSS" y a partir del conocimiento de las causas que generan la queja y de su solución, impulsar el mejoramiento de los servicios médicos.

SEGUNDA.- Las partes se abocarán a la atención de las quejas presentadas por los derechohabientes del "IMSS", en los términos de la Ley del Seguro Social; el Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; su Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas; el Reglamento de Quejas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (Reglamento para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social); el Acuerdo 569/97 del H. Consejo Técnico del 19 de noviembre de 1997, las presentes bases y las demás disposiciones aplicables.

TERCERA. - Cuando la materia de la queja ante la "CONAMED" se refiera exclusivamente a la petición de servicios médicos, argumentándose negativa o demora en la prestación del mismo por parte del "IMSS", se estará al siguiente procedimiento:

- I. La queja podrá presentarse en la "CONAMED" personalmente, por escrito o a través de los medios que la propia "CONAMED" estime idóneos;
- II. La "CONAMED" entablara comunicación telefónica, a través de medios informáticos o por escrito con el "IMSS", entregando al derechohabiente una constancia del trámite efectuado. Lo anterior se hará del conocimiento de la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.
- III. La Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente de "IMSS", procederá a registrar la petición y acorde a su padecimiento y vigencia de derechos; realizar la gestión respectiva. Asimismo, hará del conocimiento de la "CONAMED", la gestión realizada y en su caso, el servicio médico otorgado en un plazo no superior a las 48 horas.
- IV. Cumplido lo previsto en la fracción anterior, la "CONAMED" dará por concluido el caso, a menos que de la queja se desprenda la posible existencia de negligencia o impericia.

CUARTA. - Cuando la materia de la queja se refiera a insatisfacciones derivadas de la prestación de servicios médicos argumentando posible impericia o negligencia, se estará al procedimiento siguiente:

- I. La queja podrá presentarse ante la "CONAMED" personalmente o por escrito.



- II. En la queja se deberá precisar el número de afiliación, los datos de identificación de la o las unidades médicas y, en su caso, el nombre de los servidores públicos involucrados, los hechos materia de la queja, las fechas de los acontecimientos, así como las pretensiones que reclame del “IMSS”.
- III. Si el derechohabiente no hubiere agotado la instancia prevista en el artículo 296 de la Ley del Seguro Social, la “CONAMED” enviará la queja al “IMSS” a través de la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente anexando la documentación presentada por el usuario.
- IV. El “IMSS” por su parte procederá a sustanciar y resolver la queja de acuerdo con lo previsto en su Reglamento de Quejas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (Reglamento para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social).
- V. Sin perjuicio de lo previsto en la fracción anterior, el “IMSS” procederá a:
 - a) Realizar las acciones necesarias para la debida atención del derechohabiente.
 - b) Remitir copia del expediente clínico a la “CONAMED”, y.
 - c) Presentar un informe sobre la radicación de la queja para su investigación y resolución, en los términos del Reglamento de Quejas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (Reglamento para el Trámite y Resolución de la Quejas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social);
- VI. El “IMSS” dispondrá de un plazo de 20 días hábiles contados a partir del día siguiente al en que se reciba la queja, para enviar el expediente clínico completo y legible, así como rendir el Informe de Mérito, el cual además se referirá, en su caso, a las medidas previstas en el inciso “a” de la fracción anterior. La falta de entrega oportuna del informe o del expediente facultará a la “CONAMED” para resolver lo conducente y en su caso, para emitir las Opiniones Técnicas que estimen necesarias.
- VII. Una vez emitida la resolución de la queja prevista en el artículo 296 de la Ley del Seguro Social, el “IMSS” procederá hacerla del conocimiento de la “CONAMED” dentro del plazo de 50 días hábiles contados a partir del día siguiente en que se reciba la queja de acuerdo con el Reglamento para la Atención de Quejas del propio Instituto, enterándole con copia del acuerdo y de la notificación que haya puesto fin al procedimiento. La falta de entrega oportuna de la resolución facultará a la CONAMED” para resolver lo conducente y en su caso, para emitir las opiniones técnicas que estime necesarias.

QUINTA. - Una vez agotados los trámites anteriores y para los casos del Distrito Federal y áreas circunvecinas del Estado de México, se realizará la audiencia de conciliación con



la presencia de las partes, con la finalidad de que la Comisión realice su función conciliatoria, propiciando una mejor relación entre el Instituto y el derechohabiente.

En los casos de las quejas provenientes de las entidades federativas, se estará en la posibilidad de realizar diligencias por vía telefónica con los mismos fines señalados en el párrafo anterior.

SEXTA. - En el supuesto de que no se lograse una conciliación (transacción) mediante una explicación técnico-médica, o atención médica preferencial por parte de la Institución e inclusive si la contraparte no aceptase una resolución institucional procedente, por así convenir a sus intereses. El "IMSS" acepta que, para estas eventualidades, la "CONAMED" podrá concluir el asunto, sin contravenir los acuerdos de Consejo, emitidos, realizando propuestas de arreglo en términos de arbitraje en amigable composición (buscando la cosa juzgada). La controversia se resolverá por voluntad de las partes mediante transacción, desistimiento de la acción o finiquito en su caso.

SÉPTIMA. - Cuando en términos de la base CUARTA el derechohabiente hubiere agotado previamente el procedimiento de queja ante el "IMSS", en términos del artículo 296 de la Ley del Seguro Social, y la resolución no fuera satisfactoria al derechohabiente la "CONAMED" "se estará a lo dispuesto por el Acuerdo 569/97 del H. Consejo Técnico del "IMSS" de fecha 19 de noviembre de 1997.

- I. La "CONAMED" con base en el Acuerdo citado y previo análisis del expediente clínico, la documentación que aporte el derechohabiente, el informe y la resolución correspondiente, podrá emitir una solicitud de reconsideración, que será enviada a la H. Comisión Bipartita del Consejo Técnico por conducto de la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente del "IMSS", para que ésta emita la resolución que estime procedente, pudiendo en su caso, adicionar, modificar o revocar la resolución pronunciada con anterioridad.
- II. Si una vez emitida la resolución de la H. Comisión Bipartita, en atención a la solicitud de reconsideración señalada en la fracción anterior, la "CONAMED". Estimare que en la misma no se satisfacen todos los puntos contenidos en ella, podrá emitir opinión técnica, en los términos de su Decreto de Creación, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996
- III. Las solicitudes de reconsideración deberán tener un seguimiento preferencial en el Instituto y por lo mismo deberá dar respuesta a las mismas en un máximo de 50 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

OCTAVA. - Cuando en la valoración realizada por la "CONAMED", se hayan detectado deficiencias médicas y/o administrativas durante la atención de los pacientes, la "CONAMED" estará facultada para emitir propuestas para la mejoría de calidad, en las que se señalen estas deficiencias, con el objeto de que el área médica del Instituto a través de la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente conozca y pondere acciones y medidas para evitar la recurrencia de las mismas. Las medidas que en este sentido adopte el Instituto, deberán ser informadas a la "CONAMED".



NOVENA. - La "CONAMED" no dará vista a la Contraloría de asuntos que se refieran exclusivamente a responsabilidad objetiva institucional: falta de insumos; falta de medicamentos; falta de personal; falta de capacidad tecnológica; falta de oportunidad en el diagnóstico o en el tratamiento por diferimiento ajeno al personal médico; subrogación; riesgo inherente; falta de capacitación; y las demás análogas.

DÉCIMA. - La "CONAMED" y el "IMSS" podrán apoyarse en las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, para atender las quejas generadas por los servicios médicos prestados por el IMSS en las entidades federativas, conforme a lo dispuesto en las presentes Bases de Coordinación y en los siguientes términos:

- I. Las insatisfacciones que por las características de las pretensiones del usuario del servicio pueden ser resueltas a través de gestión inmediata serán atendidas por las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, en sus respectivos ámbitos territoriales, a través de trámite directo ante las Áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente de las Delegaciones Regionales o Estatales del IMSS en la Entidad Federativa de que se trate, o a través de la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.
- II. Cuando se argumente posible impericia o negligencia y se pretenda obtener la indemnización o se solicite el reintegro de los gastos médicos erogados extrainstitucionalmente, o ambos, y sea el caso de que el derechohabiente no hubiere agotado el procedimiento previsto en el artículo 296 de la Ley del Seguro Social, la "CONAMED", con el auxilio de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico respectiva, remitirá la queja a la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente a través del área de Atención al Derechohabiente de las Delegaciones Regionales o Estatales, según corresponda, y se anexará toda la documentación presentada por el usuario, a fin de que la institución prestadora del servicio le de trámite en términos del Reglamento de Quejas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (Reglamento para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social) en vigor. El trámite conciliatorio quedará a cargo de la "CONAMED", con arreglo a la base CUARTA.
- III. Las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico podrán establecer contacto directo con el personal del "IMSS" en donde se haya radicado la queja, a efecto de mantener informado al quejoso, lo que no significará atribución alguna para la atención y resolución de la queja, ni la facultad para requerirlo formalmente.
- IV. Cuando las autoridades delegacionales del "IMSS" se declaren incompetentes para conocer las quejas interpuestas por el asegurado, sus derechohabientes, el pensionado o sus beneficiarios, y éstas deban ser atendidas por la Coordinación general de Atención y Orientación al Derechohabiente, se procederá conforma a la Base Cuarta.
- V. En aquellos casos en que el quejoso haya agotado el procedimiento previsto en el artículo 296 de la Ley del Seguro Social, las quejas y sus respectivas resoluciones en las entidades federativas, se remitirán a través de la Coordinación General de



Atención y Orientación al Derechohabiente a la “CONAMED”, a efecto de cumplir con lo dispuesto en las presentes Bases.

DÉCIMA PRIMERA. - Ambas instituciones están conscientes del proceso de desconcentración y descentralización a los Estados, por tal motivo acuerdan, que aquellas comisiones estatales que operen bajo un mismo modelo, de atención podrán conocer de los asuntos, con los procedimientos y criterios operativos acordados para la interacción entre ambas Instituciones.

El “IMSS” determinará de acuerdo con su normatividad el alcance de los asuntos que así se traten.

DÉCIMA SEGUNDA. - Cuando se presente ante la “CONAMED” una queja que no sea del ámbito de sus atribuciones, ésta orientará y asesorará al derechohabiente.

DÉCIMA TERCERA. - La “CONAMED” en ejercicio de sus atribuciones, emitirá las opiniones técnicas que estime pertinentes respecto de las quejas sometidas a su conocimiento, tales opiniones serán notificadas al “IMSS”.

DÉCIMA CUARTA. - Para el mejor cumplimiento de sus objetivos, la “CONAMED”, y el “IMSS” intercambiarán información por medios electrónicos de las quejas relativas a servicios médicos presentadas ante cualquiera de las signatarias.

DÉCIMA QUINTA. - El “IMSS” conviene en establecer los vínculos informáticos necesarios, que permitan a la “CONAMED” obtener información por medios electrónicos sobre quejas relativas a servicios médicos presentadas en sus delegaciones.

DÉCIMA SEXTA. - Los asuntos en trámite a la fecha de suscripción de las presentes Bases, se resolverán con arreglo a las mismas.

DÉCIMA SÉPTIMA. - Las presentes Bases entrarán en vigor a la fecha de su firma y tendrán una duración indefinida.

DÉCIMA OCTAVA. - A la suscripción de las presentes Bases, quedarán sin efecto los instrumentos de coordinación signados el 25 de febrero de 1998 y el 7 de noviembre de 2000.

DÉCIMA NOVENA. - Las partes, a efecto de mejorar los procedimientos de coordinación, revisarán este instrumento en forma periódica. Las modificaciones resultantes, entrarán en vigor a la fecha de su firma.

Enteradas las partes del valor y alcance legales del presente instrumento, lo firman en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los doce días del mes de agosto del 2002.