

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que se emite el Protocolo interinstitucional para la transferencia de personas que viven con VIH en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Salud.- Secretaría de Salud.

DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos los artículos 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 7, fracción II; 77 Bis 1 y 77 Bis 8 de la Ley General de Salud; 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; así como los artículos 4, incisos B. y C. fracción VII, 5, 7, fracciones I y XVII, 44 y 46 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho humano a la protección de la salud, el cual debe garantizarse bajo los principios de universalidad, igualdad sustantiva, no discriminación, progresividad y continuidad en la atención;

Que, de conformidad con el artículo 7, fracción II, de la Ley General de Salud, corresponde a la Secretaría de Salud coordinar el Sistema Nacional de Salud, así como establecer y conducir la política nacional en materia de servicios de salud, asegurando la articulación y cooperación entre las instituciones públicas que lo integran;

Que, en términos del artículo 77 Bis 8 de la Ley General de Salud, las personas podrán acceder a los servicios de salud en distintas instituciones del sector público, conforme a criterios de accesibilidad, coordinación interinstitucional y continuidad en la atención, incluyendo el otorgamiento de medicamentos e insumos para la salud;

Que las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) requieren atención médica continua e ininterrumpida, particularmente en lo relativo al tratamiento antirretroviral, cuya suspensión o discontinuidad puede generar efectos adversos graves en su salud individual y en la salud pública;

Que la movilidad de las personas entre las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, derivada de cambios laborales, pérdida o recuperación de la derechohabencia, reubicación geográfica u otros factores administrativos, ha evidenciado la necesidad de contar con mecanismos claros, homogéneos y coordinados que aseguren la continuidad de la atención médica de las personas que viven con VIH;

Que, mediante la Sentencia dictada en el Amparo en Revisión 452/2024, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación determinó que la falta de mecanismos claros para la transferencia de pacientes que viven con VIH entre instituciones de salud puede generar interrupciones en la atención médica y en el suministro de tratamiento antirretroviral, vulnerando el derecho a la protección de la salud, por lo que estableció la obligación de las autoridades sanitarias de adoptar medidas, así como de elaborar, implementar y comunicar protocolos que garanticen la continuidad, oportunidad y permanencia de la atención médica;

Que el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida y Hepatitis (CENSIDA), como órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, cuenta con atribuciones para proponer, coordinar y emitir criterios técnicos en materia de prevención y control del VIH, de conformidad con el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, particularmente en lo relativo a sus atribuciones en materia de coordinación y emisión de criterios técnicos en VIH, lo que le permite contribuir a la continuidad de la atención en el Sistema Nacional de Salud;

Que el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA), como instancia permanente de coordinación del sector público, promueve las acciones de prevención y control del virus de la inmunodeficiencia humana, destacando la coordinación entre las dependencias y entidades de la administración pública federal, así como las autoridades federales y gobiernos de las entidades federativas;

Que el CONASIDA, en su Primera Sesión Extraordinaria 2026, celebrada el día 14 de abril de 2026, mediante el Acuerdo 1°.E.01/0426, opinó favorablemente la emisión del Protocolo Interinstitucional para la transferencia de personas que viven con VIH en las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud, y

Que resulta necesario establecer un instrumento de carácter general que defina los mecanismos mínimos de coordinación interinstitucional para la transferencia administrativa de las personas que viven con VIH, sin

generar nuevas cargas administrativas para las personas usuarias ni sustituir los procedimientos ordinarios de alta y afiliación de cada institución, he tenido a bien emitir el siguiente

ACUERDO POR EL QUE SE EMITE EL PROTOCOLO INTERINSTITUCIONAL PARA LA TRANSFERENCIA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ÚNICO. Se emite el Protocolo interinstitucional para la transferencia de personas que viven con VIH en las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud.

TRANSITORIOS

Primero. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. Las instituciones públicas integrantes del Sistema Nacional de Salud contarán con un plazo de noventa días naturales para emitir o modificar, con base en el Protocolo, su normatividad interna para ajustarse a sus disposiciones.

Dado en la Ciudad de México, a los 16 días del mes abril de 2026.- El Secretario de Salud, **David Kershennobich Stalnikowitz**.- Rúbrica.

PROTOCOLO INTERINSTITUCIONAL PARA LA TRANSFERENCIA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Primero. Objeto. El presente Protocolo tiene por objeto definir los mecanismos mínimos indispensables, que deberán implementar las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud para garantizar la transferencia efectiva y sin interrupciones de las personas que viven con VIH, independientemente de su régimen de afiliación o condición de derechohabencia.

Segundo. Alcance. El Protocolo es de observancia general en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, incluyendo al Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar, las Secretarías de Salud de las entidades federativas y otras instituciones paraestatales que brinden atención médica a las personas que viven con VIH. Cada institución, conforme a su normativa interna, emitirá los lineamientos o reglamentos específicos necesarios para su implementación, apoyándose para tales efectos del Anexo Técnico del presente instrumento.

Tercero. Glosario. Para efectos del presente Protocolo se entiende por:

I. Atención VIH: Prestación de servicios de salud que comprende las intervenciones relacionadas con el diagnóstico, vigilancia clínica, consejería y suministro de tratamiento antirretroviral.

II. Baja inmediata de la prestación del servicio: Acto administrativo mediante el cual la unidad emisora concluye la atención prolongada al agotarse el límite máximo de doce meses, quedando la persona usuaria sujeta a la atención exclusiva de la institución que resulte competente conforme a su derechohabencia o cambio de adscripción.

III. Cambio de adscripción: Acto administrativo por el cual una persona es reconocida como derechohabiente de la institución correspondiente, generándose la obligación de la unidad receptora de asumir la totalidad de su atención médica, lo cual implica la terminación inmediata de la atención prolongada en la unidad emisora.

IV. CENSIDA: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida y Hepatitis. Órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, con atribuciones para proponer, coordinar y emitir criterios técnicos en materia de prevención y control del VIH, sida y otras ITS.

V. CONASIDA: Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida. Instancia de coordinación interinstitucional para la formulación, articulación y fortalecimiento de políticas públicas en materia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

VI. Continuidad terapéutica: Principio rector del derecho a la protección de la salud que implica la obligación de las instituciones del Sistema Nacional de Salud de garantizar que las personas que viven con VIH no enfrenten interrupciones en su tratamiento o atención clínica durante procesos administrativos de transferencia o cambio de adscripción.

VII. Derechohabiencia: Situación jurídica que reconoce a una persona como beneficiaria de los servicios de salud otorgados por una institución de seguridad social, derivada de una relación laboral, contractual o de afiliación, y que determina la competencia institucional para su atención médica.

VIII. Enlace institucional: Persona Servidora pública designada por cada institución pública del Sistema Nacional de Salud como responsable de coordinar la gestión, comunicación, seguimiento y validación de los procesos de transferencia interinstitucional.

IX. Formato Único de Transferencia (FUT): Instrumento administrativo mediante el cual la unidad emisora formaliza el proceso de transferencia interinstitucional, proporcionando la información clínica indispensable para garantizar la continuidad terapéutica. Su vigencia será de treinta días naturales contados a partir de su emisión.

X. Institución emisora: Unidad o establecimiento de salud responsable de la atención médica inmediata de la persona usuaria al momento de la pérdida de su derechohabiencia o durante el periodo de atención prolongada, y que está obligada a emitir el FUT correspondiente.

XI. Institución receptora: Unidad o establecimiento de salud competente para asumir la atención médica de la persona usuaria tras su cambio de adscripción o formalización de la transferencia, a partir del cual adquiere la responsabilidad plena sobre su seguimiento clínico y suministro de tratamiento antirretroviral.

XII. Periodo de gracia: Plazo de atención médica posterior a la pérdida de derechohabiencia que cada institución del Sistema Nacional de Salud otorga con fundamento en su normativa interna. Durante dicho periodo podrá brindarse atención relacionada con VIH y comorbilidades por el número de días establecidos en la regulación aplicable.

XIII. Persona usuaria: Persona que vive con VIH y recibe servicios médicos dentro del marco de la atención prolongada o del proceso de transferencia interinstitucional, conforme a lo previsto en el presente Protocolo.

XIV. Salud psicosocial: Hace referencia al conjunto de factores personales, sociales y contextuales que inciden en el bienestar de las personas, así como en los desafíos que enfrentan para desarrollar su proyecto de vida, participar en la comunidad y contribuir a ella. No se trata de un proceso individual, sino del resultado de las interacciones entre las personas y las instituciones sociales.

XV. Transferencia interinstitucional: Procedimiento administrativo mediante el cual una persona usuaria es trasladada de una institución del Sistema Nacional de Salud a otra para la continuidad de su atención médica, formalizándose mediante la emisión y validación del FUT.

XVI. Tratamiento antirretroviral (TAR): Régimen farmacológico integrado por medicamentos específicos para inhibir la replicación del VIH, destinado a lograr y mantener la supresión viral y a prevenir complicaciones asociadas a la infección.

Tercero. Interpretación. La interpretación y aplicación del presente Protocolo deberá realizarse conforme al principio pro persona previsto en el artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, privilegiando en todo momento la interpretación que amplíe, proteja y facilite el ejercicio de los derechos de las personas que viven con VIH.

En caso de que alguna disposición de carácter general, administrativa o normativa aplicable en la materia resulte contraria al contenido del presente Protocolo deberá interpretarse de manera armónica con lo previsto en el presente Protocolo.

Para efectos operativos, las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud deberán, en el ámbito de sus respectivas competencias, armonizar sus disposiciones internas con lo previsto en el presente Protocolo, a fin de favorecer su debida implementación y garantizar la continuidad en la atención de las personas que viven con VIH.

Cuarto. Principios Rectores. En la aplicación del presente Protocolo deben seguirse los siguientes principios

I. Continuidad en la atención médica y terapéutica. La continuidad de la atención constituye un componente esencial del derecho a la salud y comprende la obligación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud de garantizar que las personas que viven con VIH reciban, sin interrupciones, diagnóstico, tratamiento, seguimiento clínico y consejería especializada, aun cuando exista un cambio de derechohabiencia o de adscripción institucional.

Las instituciones deberán coordinarse para asegurar que no existan lapsos de interrupción del tratamiento antirretroviral durante el proceso de transferencia interinstitucional, garantizando la continuidad de la atención médica entre la última atención o entrega de medicamentos en la institución emisora y el inicio de la atención en la institución receptora.

Cada institución implementará mecanismos internos para anticipar, identificar y resolver eventuales fallas logísticas o administrativas que pongan en riesgo la continuidad terapéutica, incluyendo el suministro emergente de fármacos o la validación temporal del tratamiento previo mientras se concluye el registro administrativo.

II. No discriminación: Toda acción derivada de la aplicación del presente Protocolo deberá observar los principios de igualdad y no discriminación previstos en los artículos 1° y 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos así como lo establecido por la Ley General de Salud, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y la NOM-010-SSA2-2023, asegurando que, durante los procesos de transferencia interinstitucional, ninguna persona vea restringido, diferido o condicionado su acceso a los servicios de salud por razones administrativas, de adscripción institucional o de condición de derechohabencia.

Las instituciones deberán garantizar entornos de atención libres de discriminación, asegurando un trato digno, con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género, que considere las necesidades específicas de las personas que viven con VIH, incluyendo la atención integral de la salud.

III. Igualdad sustantiva y perspectiva de género. Debe garantizarse la igualdad sustantiva y la perspectiva de género, incorporando un enfoque interseccional que reconozca a mujeres cis, trans, personas indígenas, con discapacidad y migrantes, de conformidad con la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres y la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Se promoverá la participación significativa de las poblaciones más afectadas por el VIH, así como la participación de personas con orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género diversas, mujeres, pares que acompañan, líderes comunitarios y sociedad civil, en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las transferencias interinstitucionales.

IV. Corresponsabilidad interinstitucional: La atención de las personas que viven con VIH, implica la colaboración efectiva entre instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Este principio obliga a cada institución a reconocer los diagnósticos, tratamientos y estudios emitidos por otras entidades públicas del sistema, sin requerir su repetición o revalidación innecesaria.

Las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud deberán observar los principios de coordinación y colaboración institucional durante los procesos de transferencia interinstitucional, a fin de garantizar la continuidad de la atención médica de las personas que viven con VIH, conforme a sus respectivos marcos normativos y competencias.

V. Universalidad y gratuidad en el acceso a servicios. La atención será gratuita, universal y culturalmente pertinente, e incluirá únicamente las intervenciones relacionadas con el diagnóstico, vigilancia clínica, consejería y suministro de tratamiento antirretroviral, conforme a lo establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los artículos 7 y 77 Bis 1 de la Ley General de Salud.

En los casos de transferencia de pacientes, las instituciones deberán acatar las indicaciones establecidas en el presente Protocolo, a fin de garantizar la continuidad de la atención y el ejercicio pleno del derecho a la protección de la salud.

Las instituciones de seguridad social brindarán la atención a las personas que acrediten su derechohabencia, conforme a su marco normativo aplicable. Por su parte, las personas que no cuenten con seguridad social recibirán atención en las instituciones públicas competentes, incluidos los servicios de salud de las entidades federativas y el IMSS-BIENESTAR.

En todos los casos, la prestación de los servicios de salud deberá garantizar la continuidad de la atención médica durante los procesos de transferencia interinstitucional, sin discriminación ni interrupciones derivadas de la situación administrativa o de afiliación de la persona usuaria.

VI. Atención centrada en las personas: Este principio sitúa a la persona, sus derechos, deseos y dignidad en el núcleo de la atención, lo que significa que toda interpretación y aplicación de las normas relacionadas con los derechos humanos de las personas que viven con VIH, tiene por obligación, considerar que ninguna persona puede quedar excluida o sufrir interrupciones en su tratamiento por razones administrativas, económicas, o discriminatorias. Y que además ante la concurrencia de varias normas o interpretaciones, debe prevalecer aquella que otorgue la máxima protección y beneficio a la persona, que sea culturalmente pertinente y con enfoque diferenciado atendiendo a las necesidades específicas de la persona usuaria del servicio. Toda acción del Protocolo deberá orientarse bajo este principio, que reconoce autonomía, dignidad, contexto social y derechos de la persona.

La atención integral incluirá el consentimiento informado y la participación activa de la persona usuaria sobre su tratamiento y transferencia.

Cuando las capacidades institucionales lo permitan, se promoverá la oferta de consejería médica y psicosocial relacionada con el proceso de transferencia interinstitucional, con un enfoque empático, culturalmente pertinente y libre de prejuicios, a fin de favorecer la comprensión del proceso y la continuidad de la atención médica.

Quinto. Mecanismos Generales De Transferencia. Las personas que viven con VIH que requieran trasladar su atención entre instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud dispondrán de un plazo de hasta **90 días naturales**, contados a partir de la pérdida o modificación de su derechohabencia, del cambio laboral, de la reubicación geográfica o de la modificación de su adscripción institucional, para acudir a la institución receptora que corresponda y realizar su incorporación conforme a los procedimientos ordinarios aplicables.

Durante dicho periodo, la institución que venía otorgando la atención médica deberá garantizar, como medida administrativa transitoria, la continuidad de la atención médica y del tratamiento antirretroviral, a fin de evitar interrupciones derivadas del proceso de transferencia interinstitucional.

Durante dicho plazo, la persona usuaria deberá formalizar su transferencia ante la institución receptora, la cual garantizará la continuidad del tratamiento conforme a sus lineamientos internos y al presente Protocolo

Sexto. Enlaces. Cada institución deberá designar un enlace operativo cuya intervención se realizará únicamente en aquellos casos en los que la persona usuaria no haya podido concluir el proceso de transferencia por cuestiones de índole administrativa atribuible a las instituciones de emisión y/o recepción. En tales supuestos, los enlaces deberán establecer comunicación directa con sus homólogos institucionales, a fin de facilitar la vinculación y asegurar la continuidad de la atención médica.

Séptimo. Formato Único de Transferencia (FUT). El intercambio de información administrativa y clínica necesaria para la transferencia interinstitucional, se realizará exclusivamente a través FUT.

La emisión, integración, requisición y remisión del FUT, **el cual deberá entregarse a la persona usuaria por duplicado**, corresponde a la institución. La persona usuaria será responsable de llevar a cabo acciones derivadas del proceso de incorporarse a la institución receptora que se trate.

El FUT será remitido de manera oficial entre las instituciones involucradas, por conducto de sus enlaces operativos designados, ya sea mediante correo electrónico u otros medios electrónicos oficiales que determinen para tales efectos.

El FUT deberá contener la información clínica indispensable para garantizar la continuidad de la atención médica, la cual, de manera enunciativa, mas no limitativa, comprenderá el diagnóstico, el esquema terapéutico, los resultados recientes de laboratorio, las alergias y los datos de contacto institucional.

Lo anterior tiene por objeto evitar que la persona usuaria sea atendida como si se tratara de un caso de reciente diagnóstico, asegurando la adecuada continuidad clínica durante el proceso de transferencia interinstitucional. Para tal efecto, en el Anexo Técnico del presente Protocolo se incorporan tablas de referencia que permitirán al personal médico valorar la vigencia y pertinencia tanto de los estudios de laboratorio como de los tratamientos aportados, de conformidad con los criterios clínicos y la Guía de Tratamiento Antirretroviral vigente.

El personal de la institución receptora no deberá solicitar a la persona usuaria copias adicionales de la documentación clínica o administrativa que ya se encuentre incorporada en el FUT.

Sin perjuicio de lo anterior, la persona usuaria deberá cumplir con los requisitos de afiliación, adscripción o incorporación que, conforme a su normativa interna, establezca la institución receptora para la integración del expediente clínico o administrativo correspondiente. Las instituciones deberán procurar, en la medida de lo posible, que dichos requisitos no generen cargas administrativas innecesarias ni impliquen la duplicación de información ya contenida en el FUT.

En ningún caso será responsabilidad de la persona usuaria el llenado incorrecto del FUT. En caso de identificarse deficiencias en su integración, el personal médico receptor deberá realizar las correcciones necesarias, a fin de evitar que la persona usuaria quede desprotegida por errores no atribuibles a esta.

El FUT, tendrá una vigencia de **treinta días naturales**, contados a partir de la fecha de su emisión. En caso de que la persona usuaria no acuda a la institución receptora dentro del plazo de vigencia del FUT, dicho formato quedará sin efectos.

No obstante, la persona usuaria podrá continuar recibiendo atención en la unidad médica donde se encuentre adscrita, hasta completar el plazo máximo de noventa días naturales, contados a partir de la pérdida o modificación de su derechohabencia, del cambio laboral, de la reubicación geográfica o de la modificación de su adscripción institucional, y podrá solicitar la emisión de un nuevo FUT en cualquier momento, sin requisitos adicionales ni repetición de trámites administrativos.

Octavo. Continuidad de la Transferencia. Cuando la persona usuaria acuda a la unidad receptora después de periodos prolongados (superiores a los 90 días naturales de plazo para la realización de su transferencia), dicha unidad podrá solicitar los estudios de laboratorio o evaluaciones clínicas que considere pertinentes, de conformidad con la Guía de Tratamiento Antirretroviral vigente, el estado de salud de la persona y el tiempo transcurrido desde la última valoración, a fin de garantizar una continuidad terapéutica segura.

La persona usuaria podrá acudir a la institución receptora en cualquier momento dentro del plazo establecido; no obstante, la institución emisora deberá orientar y recomendar que dicho proceso se realice a la brevedad, a fin de evitar demoras que puedan afectar la continuidad de la atención médica.

En caso de que la persona usuaria haya iniciado el proceso de transferencia y, antes de su conclusión, recupere o pierda nuevamente la derechohabencia, **deberá notificar dicha situación a la unidad emisora.** En estos supuestos, el trámite de transferencia quedará sin efectos de manera automática, informándose a la persona usuaria dicha cancelación, con lo que se garantiza la continuidad de la atención médica.

Noveno. Personas Privadas de la Libertad. Para el caso de las personas privadas de su libertad, no será necesario realizar procesos de transferencia mientras permanezcan en el centro penitenciario, pues su atención y tratamiento se encuentran garantizados conforme al marco legal aplicable.

Asimismo, y con el fin de asegurar la continuidad terapéutica, una vez que la persona recupere su libertad y, en caso de que se modifique su estatus de seguridad social, el presente Protocolo será aplicable en los mismos términos que para el resto de las personas usuarias.

Décimo. Criterios para la validación de identidad y registro inicial. En la gestión de la transferencia y el FUT se atenderá a lo siguiente:

I. Validación de identidad: Para efectos de la transferencia interinstitucional, la identidad de la persona usuaria se acreditará, preferentemente, mediante la presentación de una **identificación oficial vigente o, en su caso, la más actualizada con que cuente la persona usuaria**, emitida por autoridades federales, estatales o municipales del Estado Mexicano, entre las que se consideran válidas, de manera enunciativa y no limitativa, son las siguientes:

- Credencial para votar (INE)
- Pasaporte mexicano.
- Cartilla del Servicio Militar Nacional.

En el caso de **personas de nacionalidad distinta a la mexicana**, la identidad podrá acreditarse mediante pasaporte o documento nacional de identificación con fotografía emitido por su país de origen, conforme a los criterios específicos previstos en el presente Protocolo.

Los documentos de identificación a los que se hace referencia en el párrafo anterior, podrán presentarse en original o en copia simple, incluyendo versiones digitalizadas, entendidas estas como imágenes o archivos electrónicos del documento físico, sin que ello implique la exigencia de documentos de emisión digital.

Para todos los casos en que se presenten copias simples o versiones digitalizadas de los documentos, bastará con que la persona usuaria asiente de su puño y letra la leyenda: **“Bajo protesta de decir verdad, los datos contenidos en las copias, fotografías o archivos electrónicos de los documentos que presento son fidedignos”**, sin que se requieran certificaciones, cotejos adicionales o formalidades distintas para efectos de la atención.

II. Criterios específicos según los siguientes tipos de población:

a) Población pediátrica

En el caso de niñas, niños y adolescentes, la identidad podrá acreditarse mediante:

- Acta de nacimiento, CURP o constancia de nacimiento expedida por institución de salud, o en su caso, documento nacional de identificación emitido por su país de origen.
- Identificación oficial de la madre, padre, tutor o persona cuidadora responsable, o en su caso, documento nacional de identificación emitido por su país de origen.

- En situaciones de tutela provisional, albergue, DIF u otras modalidades de cuidado alternativo, bastará la documentación institucional que acredite el resguardo o representación legal de la niña o el niño.

Ninguna niña, niño o adolescente podrá excluirse o retrasarse en la atención médica, por falta de documentos, debiendo la unidad médica aplicar un registro temporal mientras se regulariza la documentación correspondiente.

b) Personas de diverso origen nacional, migrantes y/o en situación de movilidad y/o refugiadas y/o peticionarias de asilo

Acreditación de identidad: Las personas de nacionalidad distinta a la mexicana podrán acreditar su identidad mediante pasaporte o documento nacional de identificación con fotografía emitido por su país de origen. Asimismo, cuando aplique, podrá considerarse el Oficio de Reconocimiento de la Condición de Refugiado o el documento correspondiente emitido por la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR).

Cuando la persona no cuente con documentos de identificación, las instituciones de salud, podrán utilizar los mecanismos de identificación interna que resulten aplicables, incluidos los registros administrativos y el carnet de citas, exclusivamente para efectos de la atención médica y la continuidad del tratamiento.

Acceso a los servicios de salud: Para el inicio de la atención médica y la continuidad del tratamiento, no será requisito contar con Clave Única de Registro de Población (CURP). En ningún caso el estatus migratorio, la situación de movilidad o la falta de documentación constituirán un impedimento para el acceso a los servicios de salud.

c) Personas en situación de calle o sin domicilio fijo

Las personas que se encuentren en situación de calle o sin domicilio fijo, podrán acceder a los servicios de salud sin presentar comprobante de domicilio ni identificación oficial.

Las unidades médicas deberán implementar en su normatividad interna mecanismos que aseguren la atención médica inmediata y continua, proporcionando un registro de la persona usuaria que les permita recibir seguimiento clínico y tratamientos subsecuentes, independientemente de su condición habitacional.

d) Personas sin documentación básica o en proceso de regularización

Para quienes no cuenten con documentos, se establecerá un mecanismo de verificación simplificado, aplicable en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud que incluirá:

- **Declaración verbal:** El personal responsable podrá registrar una declaración verbal de la persona usuaria, sobre su situación de derechohabencia, utilizando el formato institucional correspondiente.

- **Evaluación de necesidades médicas:** Se efectuará una valoración clínica inicial para determinar el nivel de urgencia y priorizar la atención, garantizando el inicio oportuno del tratamiento mientras se tramita la documentación faltante.

- **Seguimiento administrativo:** Las instituciones deberán implementar en su normatividad interna, un sistema de acompañamiento y seguimiento para apoyar a las personas en la regularización de su documentación, evitando en todo momento la interrupción de la atención médica o farmacológica. En caso de no concretarse la regularización, el tratamiento tampoco se interrumpirá.

e) Personas pertenecientes a pueblos y comunidades indígenas.

Para los efectos del presente Protocolo, cuando la persona usuaria se identifique como integrante de un pueblo o comunidad indígena, la validación de su identidad podrá realizarse mediante documentos comunitarios o constancias emitidas por sus autoridades tradicionales, conforme a los usos y costumbres reconocidos de dichas comunidades.

Cuando dichos documentos se encuentren emitidos en una lengua distinta al español, se deberán observar las disposiciones aplicables en materia de derechos lingüísticos de los pueblos indígenas, a fin de garantizar su adecuada comprensión y validez para efectos de la atención médica, de conformidad con lo establecido en la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas.

Se considerarán documentos válidos, entre otros:

- Constancias de identidad o residencia emitidas por autoridades tradicionales o comunitarias;
- Cartas de reconocimiento expedidas por la asamblea comunitaria, comisariado, bienes comunales o autoridades indígenas locales;

- Cualquier otro documento oficial o comunitario que, conforme a los usos y costumbres, acredite la pertenencia de la persona a su comunidad indígena.

En los casos en que la persona usuaria presente un documento comunitario, la unidad emisora deberá garantizar un proceso de validación culturalmente pertinente, evitando barreras administrativas y respetando en todo momento los derechos lingüísticos y la identidad cultural de la persona usuaria.

Décimo Primero. Procedimiento Estándar De Transferencia. Para efectos del presente protocolo el procedimiento de transferencia se llevará a cabo de la siguiente manera:

a) Inicio del proceso: El proceso de transferencia deberá comenzar una vez que se identifique un cambio de adscripción o derechohabencia. Estos cambios pueden ser suscitados por eventos laborales, personales u organizacionales.

b) Elaboración del FUT: Una vez que la institución que venía prestando los servicios de salud identifique que la persona usuaria debe ser transferida, deberá requisitar el FUT que contendrá datos de diagnóstico, esquema terapéutico, resultados recientes de laboratorio, alergias, datos de contacto institucional, como mínimo y tendrá una validez de 30 días naturales.

c) Comunicación institucional: Los enlaces designados de las instituciones emisora y receptora podrán intervenir en aquellos casos en los que la persona usuaria no haya podido concluir el proceso de transferencia por cuestiones de índole administrativa atribuible a las instituciones de emisión y/o recepción. En dichas situaciones, los enlaces establecerán contacto directo entre sí, para resolver la situación de falta de vinculación.

A la persona usuaria le corresponderá cumplir con los requisitos de afiliación, adscripción o incorporación que, conforme a su normativa interna, establezca la institución receptora para la integración del expediente clínico o administrativo correspondiente.

d) Suministro de tratamiento durante la transición: La institución emisora deberá asegurar el suministro suficiente para evitar cualquier interrupción, considerando el tiempo estimado para completar la admisión en la institución receptora (hasta por 90 días naturales de tratamiento).

La transferencia de la persona usuaria de un servicio de salud a otro, podrá realizarse en cualquier momento dentro del periodo de los 90 días naturales de atención que se estable en el presente protocolo.

e) Seguimiento clínico: Una vez que la persona usuaria quede incorporada, la nueva unidad médica continuará el esquema terapéutico vigente, programará seguimiento clínico y, en su caso, actualizará estudios conforme a protocolos internos, sin reiniciar procesos diagnósticos innecesarios.

Décimo Segundo. Responsabilidades De Las Instituciones. En el Procedimiento de Transferencia las Instituciones están obligadas a:

a) En carácter de Emisoras:

I. Garantizar la continuidad del tratamiento hasta la incorporación efectiva de la persona usuaria a la nueva unidad.

II. Emitir el FUT con información completa, precisa y actualizada.

III. Facilitar la coordinación interinstitucional, preservando la confidencialidad de la información con enfoque diferenciado, interseccional, y de diversidad sexual y de género.

IV. Cuando las capacidades institucionales lo permitan, se promoverá la oferta de consejería médica y psicosocial relacionada con el proceso de transferencia interinstitucional, con un enfoque empático, culturalmente pertinente y libre de prejuicios, a fin de favorecer la comprensión del proceso y la continuidad de la atención médica.

b) En carácter de Receptoras:

I. Aceptar la transferencia de manera inmediata, sin requisitos adicionales salvo aquellos para cumplir con los requisitos de afiliación, adscripción o incorporación que, conforme a su normativa interna, correspondan. Procurando, en la medida de lo posible, que dichos requisitos no generen cargas administrativas innecesarias ni impliquen la duplicación de información ya contenida en el FUT.

II. Reconocer y dar validez a los estudios y tratamientos previos, de conformidad con las Tablas de referencia del Anexo Técnico del presente Protocolo. En ningún caso, en el primer contacto con la persona transferida, se podrá negar o retrasar la referencia al servicio o unidad de atención que corresponda por institución, exponiendo como motivo la *vigencia en los estudios* de laboratorio.

III. Integrar el expediente clínico y asegurar el suministro ininterrumpido del tratamiento y atención integral.

IV. Cuando las capacidades institucionales lo permitan, ofrecer orientación médica y psicológica posterior a la transferencia.

Décimo Tercero. Responsabilidades Del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida y Hepatitis (CENSIDA) En el Procedimiento de Transferencia CENSIDA debe llevar a cabo lo siguiente:

I. Coordinar, proponer y emitir criterios técnicos, lineamientos y recomendaciones en materia de prevención y control del VIH, así como orientar y dar seguimiento a su implementación en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en el ámbito de competencia del CENSIDA, de conformidad con el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

II. Emitir criterios operativos y actualizaciones del Protocolo.

III. Promover la capacitación del personal involucrado y la mejora continua de los procesos interinstitucionales.

IV. Desarrollar estrategias de información dirigidas a los pacientes para que conozcan las disposiciones y los términos del cambio de atención médica y la importancia de realizar los trámites en tiempo y forma.

Décimo Cuarto. Responsabilidades De Las Personas Usuarias. En el Procedimiento de Transferencia las personas usuarias deben llevar a cabo lo siguiente:

I. Acudir a la institución receptora que corresponda, dentro del plazo de hasta 90 días naturales posteriores al cambio de adscripción o de derechohabencia, a fin de realizar su incorporación conforme a los procedimientos ordinarios aplicables.

II. Presentar el Formato Único de Transferencia (FUT) que le haya sido expedido por la institución emisora.

III. Presentar la documentación adicional que, en su caso, sea requerida por la institución receptora, de conformidad con su normativa interna, exclusivamente para la integración del expediente clínico o administrativo correspondiente, procurando en todo momento evitar la duplicidad de información ya contenida en el FUT y la generación de cargas administrativas innecesarias.

Décimo Quinto. Protección de Datos. El tratamiento de los datos personales deberá sujetarse a los principios de licitud, consentimiento, información, confidencialidad, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad, conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad relativa y aplicable.

Queda prohibido el uso de los datos personales para fines distintos a aquellos para los cuales fueron recabados.

Las transferencias de datos personales deberán realizarse mediante mecanismos seguros que garanticen su confidencialidad, integridad y disponibilidad, y se sujetarán a lo dispuesto por la legislación aplicable en materia de protección de datos personales, incluyendo los supuestos en los que no sea necesario recabar el consentimiento de la persona titular.

Asimismo, las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, en su carácter de responsables del tratamiento de los datos personales que recaben, en el ámbito de sus respectivas atribuciones, deberán poner a disposición de las personas titulares el aviso de privacidad correspondiente, en términos de la normatividad aplicable, a fin de informar sobre las finalidades del tratamiento, los mecanismos para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO), así como las transferencias que, en su caso, se realicen.

ANEXO TÉCNICO

Contenido

1. Directorio Unidades Médicas
2. Tabla de validez de estudios de laboratorio
3. Formato Único de Transferencia (FUT)
4. Requisitos institucionales

1. Directorio Unidades Médicas

- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado:
https://www.issste.gob.mx/moad_oficinavirtual/directorio1.html
- Instituto Mexicano del Seguro Social:
<https://www.imss.gob.mx/directorio>
<https://www.imss.gob.mx/contacto/chatimss>

- Secretaría de Salud/ IMSS Bienestar:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1035235/DIR_CAPASITS_SEPT2025.pdf
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1035236/DIR_SAIH_SEPT2025.pdf
- Petróleos Mexicanos:
<https://www.pemex.com/servicios/salud/DirectorioUnidades/Paginas/Unidades.aspx?TipoUnidad=1>

2. Tabla de Validez Estudios de Laboratorio

Estudios de Laboratorio Población Adulta				
Estudio de Laboratorio	Descripción del estudio	Prioridad	Vigencia	Temporalidad
Carga Viral (CV)	Cantidad de partículas virales de VIH presentes en un mililitro de sangre, medida a través de técnicas de amplificación de ácidos nucleicos, como la PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa).	ALTA	6 meses 12 meses	1.- Pacientes con < 300/CD4 cel./ mm3 2.- Después de 2 años en TAR, carga viral consistentemente indetectable y CD4 ≥300 cel./ mm3
Conteo de Linfocitos CD4	Cuantificación del número de células T CD4+ en un microlitro de sangre, utilizando técnicas de citometría de flujo. Este análisis proporciona información crucial sobre el estado del sistema inmunológico de la persona usuaria, ya que un conteo por debajo de 200 células/mm ³ indica un mayor riesgo de infecciones oportunistas y la progresión a SIDA.	ALTA	6 meses 12 meses	1.- Pacientes con < 300/CD4 cel./ mm3 2.- Después de 2 años en TAR, carga viral consistentemente indetectable y CD4 ≥300 cel./ mm3. Personas con CD4 >500 cel./ mm3 medición opcional de CD4 (consistentemente indetectable)
Biometría Hemática	Análisis que evalúa los componentes celulares de la sangre, incluyendo glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.	MEDIA	3 meses	6 0 12 meses

Química Sanguínea	Conjunto de análisis bioquímicos que evalúan la concentración de diferentes compuestos químicos en el suero sanguíneo para la evaluación del estado metabólico y funcional de los órganos como el hígado y los riñones; así como detectar desequilibrios electrolíticos y condiciones patológicas subyacentes. • Electrolitos: Sodio (Na⁺), Potasio (K⁺), Cloro (Cl⁻), Bicarbonato (HCO₃⁻) • Función Renal: Creatinina, BUN (Nitrógeno Ureico en Sangre) • Función Hepática: Alanina Aminotransferasa (ALT), Aspartato Aminotransferasa (AST), Fosfatasa Alcalina (ALP), Bilirrubina Total, Directa e Indirecta • Proteínas Sanguíneas: Proteínas Totales, Albúmina • Glucosa	MEDIA	3 meses	6 0 12 meses
Pruebas de Función Hepática	Conjunto de análisis bioquímicos que evalúan la salud y funcionamiento del hígado, midiendo niveles de enzimas, proteínas y otros compuestos en la sangre que indican la presencia de enfermedades hepáticas, daño celular o alteraciones en la función y metabolismo. • Transaminasas: Alanina Aminotransferasa (ALT), Aspartato Aminotransferasa (AST), Relación AST/ALT • Fosfatasa Alcalina • Gamma-glutamil transferasa (GGT) • Bilirrubinas: Total, Directa e Indirecta. • Proteínas Hepáticas: Albúmina, Globulinas, Relación albúmina / globulina	MEDIA	3 meses	6 0 12 meses

Creatinina	Indicador de la función renal, por ser producto de desecho del metabolismo muscular excretado por los riñones	MEDIA	3 meses	6 0 12 meses
Pruebas para Hepatitis B y Hepatitis C	Pruebas serológicas que detectan la presencia de antígenos y anticuerpos relacionados con los virus de la VHB y VHC.	ALTA	Anual	Anual
Prueba para Sífilis (VDRL)	Ensayo no treponémico que detecta anticuerpos producidos en respuesta a la infección por Treponema Pallidum.	ALTA	Anual	Anual

Estudios de Laboratorio Población Pediátrica				
Estudio de Laboratorio	Descripción del estudio	Prioridad	Vigencia	Temporalidad
Carga Viral (CV)	Cantidad de partículas virales de VIH presentes en un mililitro de sangre, medida a través de técnicas de amplificación de ácidos nucleicos, como la PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa).	ALTA	4 meses.	
Conteo de Linfocitos CD4	Cuantificación del número de células T CD4+ en un microlitro de sangre, utilizando técnicas de citometría de flujo. Este análisis proporciona información crucial sobre el estado del sistema inmunológico de la persona usuaria, ya que un conteo por debajo de 200 células/mm ³ indica un mayor riesgo de infecciones oportunistas y la progresión a SIDA.	ALTA	12 meses	Pacientes con edad > 6 años, con CV indetectable por al menos 2 años, estadio clínico estable, cuenta de CD4+ por encima del riesgo de IO y buen apego, realizar c/6 a 9 meses.
Biometría Hemática	Análisis que evalúa los componentes celulares de la sangre, incluyendo glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.	MEDIA	12 meses	Pacientes estables/asintomáticos, con CV indetectable, sin alteraciones en la BH.
Química Sanguínea	Conjunto de análisis bioquímicos que evalúan la concentración de diferentes compuestos químicos en el suero sanguíneo para la evaluación del estado metabólico y funcional de los órganos como el hígado y los riñones; así como detectar desequilibrios electrolíticos y condiciones patológicas subyacentes. • Electrolitos: Sodio (Na+), Potasio (K+), Cloro (Cl-), Bicarbonato (HCO3-) • Función Renal: Creatinina, BUN (Nitrógeno Ureico en Sangre) • Función Hepática: Alanina Aminotransferasa (ALT), Aspartato Aminotransferasa (AST), Fosfatasa Alcalina (ALP), Bilirrubina Total, Directa e Indirecta • Proteínas Sanguíneas: Proteínas Totales, Albúmina • Glucosa	MEDIA	12 meses **	*Se recomienda realizar BUN en pacientes que reciben TDX. **Pacientes estables/asintomáticos, sin alteraciones en la química sanguínea.

Pruebas de Función Hepática	Conjunto de análisis bioquímicos que evalúan la salud y funcionamiento del hígado, midiendo niveles de enzimas, proteínas y otros compuestos en la sangre que indican la presencia de enfermedades hepáticas, daño celular o alteraciones en la función y metabolismo. • Transaminasas: Alanina Aminotransferasa (ALT), Aspartato Aminotransferasa (AST), Relación AST/ALT • Fosfatasa Alcalina • Gamma-glutamil transferasa (GGT) • Bilirrubinas: Total, Directa e Indirecta. • Proteínas Hepáticas: Albúmina, Globulinas, Relación albúmina / globulina	MEDIA	12 meses	*Se recomienda realizar BUN en pacientes que reciben TDX. **Pacientes estables/asintomáticos, sin alteraciones en la química sanguínea.
Perfil de lípidos	Análisis de sangre que mide las concentraciones de diferentes tipos de grasas, o lípidos, en la sangre, como el colesterol total, el colesterol HDL (bueno), el colesterol LDL (malo) y los triglicéridos	MEDIA	12 meses	
Creatinina	Indicador de la función renal, por ser producto de desecho del metabolismo muscular excretado por los riñones	MEDIA	12 meses	*Se recomienda realizar BUN en pacientes que reciben TDX. **Pacientes estables/asintomáticos, sin alteraciones en la química sanguínea.
Pruebas para Hepatitis B y Hepatitis C	Pruebas serológicas que detectan la presencia de antígenos y anticuerpos relacionados con los virus de la VHB y VHC.	ALTA	Sólo se realizan al inicio del TAR	Repetir en conducta de riesgo o signos clínicos de enfermedad.
Prueba para Sífilis (VDRL)	Ensayo no treponémico que detecta anticuerpos producidos en respuesta a la infección por Treponema Pallidum.	ALTA		

3. Formato Único de Transferencia (FUT)

Gobierno de
México

Salud
Secretaría de Salud



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DEL ESTADO
FEDERACIÓN DEL ESTADO

PEMEX
POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA

CENSIDA
CENTRO NACIONAL PARA LA
PREVENCIÓN Y CONTROL
DEL VIH Y SIDA

Formato Único de Transferencia de personas con VIH y usuarios de PrEP

HOJA CON DATOS EPIDEMIOLÓGICOS				
Tipo de solicitud: Programada: _____ Urgente: _____			Fecha de solicitud:	
ID PACIENTE SALVAR: _____ NSS: _____ EXP ISSSTE: _____ EXPEDIENTE PEMEX: _____ OTRO: _____				
Institución y Unidad médica solicitante:				
Domicilio de la Unidad de envío:				
Institución y domicilio Unidad de destino:				
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				
Nombre (Apellidos /Nombres:		Edad:	CURP:	
Sexo al nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Peso:	Talla:	Escolaridad:
Género:				
Domicilio de residencia:				
RESUMEN CLÍNICO				
Fecha de diagnóstico de la infección por VIH:			Clasificación CDC al diagnóstico:	
CD4 basales: células/mm3 Fecha:			Carga viral basal: copias/ml Fecha:	
Último CD4: células/mm3 Fecha:			Última carga viral: copias/ml Fecha:	
Signos Vitales: T/A FC FR Temp		Riesgo Cardiovascular (ASCVD):	Tabaquismo: Consumo de alcohol Consumo de sustancias:	
Antecedentes heredo-familiares:				
Antecedentes gineco-obstétricos:				
Antecedentes personales no patológicos (inmunizaciones, abuso de sustancias, prácticas de riesgo):				
Antecedente personales patológicos:				

Comorbilidades
Exploración física (datos relevantes):
Fármacos actuales (incluir ARV)y profilaxis si procede:
Descripción de evolución y motivo de envío:
Fecha y resultados de estudios de laboratorios complementarios de los últimos 30 días para su evaluación (BHC, QS, ES, Perfil hepático, GGT, serología hepatitis B y C, VDRL, TORCH, Micobacteriosis y otros):

4. Requisitos Institucionales

Estos se podrán encontrar en las siguientes ligas electrónicas:

1. Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar

<https://registro.imssbienestar.gob.mx/#Proceso>

2. Instituto Mexicano del Seguro Social

<https://www.imss.gob.mx/tramites/registro-umf>

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

<https://www.gob.mx/issste/acciones-y-programas/afiliacion-y-vigencia-de-derechos>

4. Petróleos Mexicanos

<https://www.pemex.com/servicios/salud/Paginas/Home.aspx#:~:text=PEMEX%20%7C%20>

[Servicios%20de%20Salud%20de%20Petr%C3%B3leos%20Mexicanos](https://www.pemex.com/servicios/salud/Paginas/Home.aspx#:~:text=PEMEX%20%7C%20Servicios%20de%20Salud%20de%20Petr%C3%B3leos%20Mexicanos)
