Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera del servicio de urgencias)	12	Recibe expediente clínico y lo entrega al área de hospitalización junto con el usuario para que continúen con el procedimiento.	10 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera de hospitalización)	13	Recibe al usuario con su expediente clínico, le otorga ropa adecuada y lo instala en cama asignada, entrega pertenencias a familiares.	10 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 148 minutos

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de asegurar el ingreso de los derechohabientes o usuarios al servicio de hospitalización, procedentes del servicio de urgencias de las unidades hospitalarias, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de garantizar la aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Director y el Subdirector o Jefe de Unidad Departamental de la Unidad Médica del hospital serán los responsables de supervisar el cumplimiento de este procedimiento.
5. Los responsables de las áreas y servicios de hospitalización, urgencias, admisión y archivo clínico y de trabajo social, serán los encargados de la aplicación y cumplimiento de este procedimiento, así como de la difusión del mismo a todo el personal involucrado.
6. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias asegurará la prestación de servicios de atención médica y psicológica en casos de emergencia o desastre.

7. El personal del servicio de urgencias deberá proporcionar al derechohabiente o usuario, familiar o responsable legal, toda la información necesaria de manera atenta y comprensible.
8. El personal del área de hospitalización recibirá al derechohabiente o usuario procedente de urgencias con la amabilidad que el caso requiere, notificando su internamiento a trabajo social y/o a la Agencia del Ministerio Público, cuando el caso lo amerite.
9. El personal de trabajo social realizará el estudio socio-económico a todo derechohabiente o usuario que ingrese al servicio de hospitalización procedente de urgencias y cuando las condiciones de salud de éste lo permitan.
10. La información sobre el estado de salud del derechohabiente o usuario será proporcionada por el área de admisión y archivo clínico de la unidad hospitalaria y a quien lo solicite.
11. A todo derechohabiente o usuario que se hospitalice se le deberán requisitar los formatos oficiales de la institución.
12. Para proporcionar el servicio, el usuario deberá presentar el "Formato Universal de la Tesorería" con el sello del banco o tienda de autoservicio en donde realizó el pago, además de la firma del cajero.
13. Este procedimiento deberá complementarse con el de clasificación socioeconómica, codificación para el pago y aplicación del cobro de derechos por los servicios médicos a usuarios que reciben atención médica en los hospitales de la Secretaría de Salud.
14. Todo pago deberá realizarse única y exclusivamente en los cajeros de bancos o tiendas de autoservicio autorizadas, a través del "Formato Universal de la Tesorería".
15. El personal del área de admisión y archivo clínico será el responsable de requisitar la línea de captura y de generar el "Formato Universal de la Tesorería".
16. El personal del área de admisión y archivo clínico elaborará y entregará al usuario el "Formato Universal de la Tesorería", el mismo día en el cual el médico tratante del hospital indique el tipo de servicio que requiere.
17. El servicio de urgencias proporcionará atención médica las 24 horas del día, los 365 días del año.
18. El personal de trabajo social deberá localizar, a la brevedad posible, a los familiares del derechohabiente o usuario cuando éste no esté en condiciones de proporcionar información.
19. A todo caso de urgencia se le deberá dar prioridad en su atención médica.

20. Los beneficiarios inscritos en el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos del Gobierno del Distrito Federal recibirán los servicios establecidos en el programa de manera gratuita.

21. Las áreas y servicios de urgencias, hospitalización y admisión y archivo clínico están adscritas a la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria y son responsables de proporcionar los servicios y atención médica que requiere el derechohabiente o usuario.

22. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias supervisará el cumplimiento de los procedimientos que regulan la protección y tratamiento de los datos personales en su posesión.

23. Se entenderá por "Usuario" aquella persona que acuda a solicitar servicios médicos en algún hospital de la red de la Secretaría de Salud y que no sea beneficiario del Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos del Gobierno del Distrito Federal.

24. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Atención quirúrgica ambulatoria a derechohabientes o usuarios.

Objetivo General:

Otorgar a los derechohabientes o usuarios de los servicios de consulta externa y urgencias, atención quirúrgica ambulatoria con oportunidad y calidad, con apego a los lineamientos institucionales establecidos.

Descripción Narrativa:

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico Tratante del Servicio Solicitante)	1	Revisa, interroga y valora al derechohabiente o usuario, elabora "Historia Clínica General" (ECHC-2) y determina la necesidad de procedimiento quirúrgico, mediante cirugía ambulatoria.	15 minutos
	2	Informa al derechohabiente o usuario y/o familiar, elabora "Hoja de Notas médicas" (ECNM-4) y le informa a la Enfermera del Servicio, le entrega el expediente clínico y le indica realice los trámites conducentes con Trabajo Social.	10 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera del Servicio Solicitante)	3	Recibe indicación, conduce al derechohabiente o usuario al Servicio de Trabajo Social y le informa del procedimiento quirúrgico.	5 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Trabajadora Social)	4	Recibe al derechohabiente o usuario, le informa de los requisitos administrativos que debe cumplir para que se le pueda someter al procedimiento quirúrgico ambulatorio.	10 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		¿Cumple el derechohabiente o usuario con los requisitos administrativos establecidos?	
		NO	
	5	Informa al derechohabiente o usuario que no se le puede someter al procedimiento quirúrgico, que deberá continuar con el tratamiento médico hasta próxima valoración y cumplimiento de los requisitos, lo despide amablemente.	5 minutos
		(Conecta con el fin del procedimiento)	
		SÍ	
	6	Elabora la nota correspondiente, la integra al expediente clínico y envía al derechohabiente o usuario con el Médico Tratante para que determine la fecha de la cirugía.	5 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico Tratante del Servicio Solicitante)	7	Recibe al derechohabiente o usuario, solicita exámenes de laboratorio y gabinete necesarios, si se tiene el área asignada previamente, la valoración preanestésica y, en caso necesario, la valoración preoperatoria, por el servicio de medicina interna u otro servicio.	15 minutos
	8	Recibe en consulta subsecuente al derechohabiente o usuario, con los resultados de laboratorio y gabinete solicitados, así como el resultado de las valoraciones médicas, los analiza y decide.	10 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		¿Cumple el derechohabiente o usuario con los requisitos médicos establecidos para que se le realice la cirugía ambulatoria?	
		NO	
	9	Informa al derechohabiente o usuario que por el momento no se le puede someter al procedimiento y que deberá continuar con el tratamiento médico hasta próxima valoración y lo despide amablemente.	5 minutos
		(Conecta con el fin del procedimiento)	
		SÍ	
	10	Informa al derechohabiente o usuario que se le puede realizar la cirugía ambulatoria, establece fecha de acuerdo con el Responsable de la Sección de Quirófano, le indica cómo y dónde debe presentarse, en la fecha y hora programada. Elabora "Hoja de Notas Médicas" (ECNM-4); "Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica" (ECIQ-13) y "Orden de Presentación" que entrega al Responsable del Servicio de Cirugía y al derechohabiente o usuario respectivamente.	10 minutos
Derechohabiente o Usuario	11	Recibe "Orden de Presentación" acude al hospital el día y la hora programada, con un acompañante y entrega "Orden de Presentación" al personal del Área de Admisión y Archivo Clínico.	5 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Personal Administrativo del Área de Admisión y Archivo Clínico)	12	Verifica en su libreta de control el nombre y fecha programada de cirugía del derechohabiente o usuario, revisa documentos, selecciona el expediente clínico y conduce al derechohabiente o usuario y familiar con la Enfermera del Servicio de Urgencias, entregándole el expediente clínico.	5 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera del Servicio de Urgencias)	13	Recibe al derechohabiente o usuario, revisa el expediente clínico y le informa al Médico Tratante. Prepara al derechohabiente o usuario, lo entrega a la Enfermera de la Sección de Quirófanos con el expediente clínico y al familiar, sus pertenencias.	20 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera de la Sección de Quirófanos)	14	Recibe al derechohabiente o usuario, verifica datos, lo instala en la sala quirúrgica y lo presenta con el Médico Anestesiólogo.	5 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico Anestesiólogo de la Sección de Quirófanos)	15	Saluda al derechohabiente o usuario, revisa el expediente clínico, le realiza valoración preanestésica, requisita la parte correspondiente del formato "Registro de Anestesia y Recuperación" (ECIQ-13-1), lleva a cabo el procedimiento anestésico y le informa al Médico Cirujano.	15 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico Cirujano de la Sección de Quirófanos)	16	Efectúa el acto quirúrgico conjuntamente con su equipo de trabajo, al terminar la intervención, elabora nota médica, con la descripción de la técnica quirúrgica, los pormenores y resultado del evento y las indicaciones en el formato "Solicitud y Registro de intervención Quirúrgica" (ECIQ-13), así como la receta médica con la prescripción, cuidados y fecha de la próxima cita, requisita la "Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario" (ECIE-19), entregando el expediente clínico al Médico Anestesiólogo.	2 horas
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico Anestesiólogo de la Sección de Quirófanos)	17	Recibe expediente, valora al derechohabiente o usuario y lo envía a la sala de recuperación, elabora la nota del evento anestésico en el formato "Registro de Anestesia y Recuperación" (ECIQ-13-1), hasta nueva valoración.	15 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico Anestesiólogo de la Sala de Recuperación)	18	Revisa expediente y valora al derechohabiente o usuario, decide su egreso, firma el alta del derechohabiente o usuario en el formato correspondiente y entrega el expediente clínico a la enfermera.	10 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera de la Sala de Recuperación)	19	Recibe expediente, ayuda y traslada al derechohabiente o usuario al Servicio de Urgencias y lo entrega a la Enfermera del Servicio junto con el expediente clínico.	5 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera del Servicio de Urgencias)	20	Recibe al derechohabiente o usuario, solicita la presencia del familiar quien lo ayuda a vestirse, hace entrega al mismo de la receta médica y copia de la Hoja de Alta, los despide amablemente y entrega el expediente clínico a la Sección de Quirófanos.	10 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera de la Sección de Quirófanos)	21	Concentra los expedientes clínicos, elabora relación de las Cirugías Ambulatorias realizadas durante el día y entrega los expedientes al Personal Administrativo del Área de Admisión y Archivo Clínico.	30 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Personal Administrativo del Área de Admisión y Archivo Clínico)	22	Recibe expedientes, verifica su integración y hace entrega mediante relación a la Oficina de Archivo Clínico.	15 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 6 horas

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de asegurar que se brinde la atención del derechohabiente o usuario para cirugía ambulatoria en las unidades hospitalarias, a fin de dar cumplimiento al Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Director de la Unidad Hospitalaria es el responsable de garantizar el cumplimiento de este procedimiento.
3. El Subdirector o Jefe de Unidad Departamental de la Unidad Médica es el responsable de supervisar la aplicación del presente procedimiento.
4. El Responsable de Servicio de Cirugía deberá verificar la correcta aplicación del presente procedimiento.

5. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
6. El Responsable de la Sección de Quirófanos es el encargado de autorizar y designar la sala quirúrgica en la que se realizará el procedimiento.
7. En todos los días programados para cirugía ambulatoria, la primera intervención quirúrgica deberá iniciar a las 08:00 hrs. inmediatamente después que se reporte la disponibilidad de sala quirúrgica, ingresará el siguiente derechohabiente o usuario, previamente preparado por el personal de enfermería.
8. El Responsable de la Sección de Quirófanos entregará por escrito, un día antes del evento quirúrgico, la programación de los procedimientos a realizar a todos los servicios involucrados en el proceso.
9. Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios se realizarán a todos los derechohabientes o usuarios seleccionados de los Servicios de Consulta Externa y de Urgencias.
10. El Área de Admisión y Archivo Clínico deberá tener disponible, un día antes de la fecha programada para las cirugías ambulatorias, los expedientes clínicos de cada derechohabiente o usuario sujeto de intervención.
11. Todo derechohabiente o usuario que va a ser sometido a un procedimiento de cirugía ambulatoria, deberá cumplir con los siguientes requisitos:
    a. Presentarse puntualmente a las 07:30 hrs. el día programado para la cirugía con un familiar o acompañante, en caso de ser menor de edad, con el padre, la madre o tutor, en Admisión de Urgencias o Endoscopia del hospital, habiendo guardado un mínimo de 8 hrs. de ayuno.
    b. Presentar su Cédula de Gratuidad vigente o, en su caso, recibo de pago o credencial de seguro popular y su comprobante de donación de sangre.
    c. Entregar "Orden de Presentación" firmada por el médico tratante.
    d. Contar con un expediente clínico, completo y debidamente requisitado y ordenado como lo establece la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.
    e. Encontrarse en un estado físico no mayor de II, de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología y a la NOM-006-SSA3-2012 Para la Práctica de la Anestesiología.
    f. Contar con la valoración preanestésica antes del acto quirúrgico, autorizada y firmada por el Médico Anestesiólogo correspondiente.

g. Los derechohabientes o usuarios procedentes del Servicio de Urgencias, deberán contar con la nota de valoración preanestésica y consentimiento informado, firmado por él o, en su caso, por el responsable o tutor.

h. Contar con los exámenes de laboratorio y gabinete necesarios realizados dentro de los 60 días previos a la realización del procedimiento.

i. Todo derechohabiente o usuario mayor de 45 años deberá contar con una valoración cardiológica preoperatoria, en menores de edad únicamente cuando el cirujano así lo determine y sean portadores de una patología de base.

12. El alta del derechohabiente o usuario deberá ser indicada por el Médico Anestesiólogo del Servicio de Recuperación.

13. Para determinar el alta del Servicio de Recuperación, el Médico Anestesiólogo del Servicio deberá verificar que el derechohabiente o usuario:

a. Presente vías respiratorias permeables, con respiración espontánea y presencia de reflejos protectores en especial la tos.

b. Esté despierto, alerta, orientado y reactivo al dolor.

c. Se encuentre con signos vitales estables.

d. No presente vómito, ni náusea y con tolerancia a la vía oral.

e. No presente sangrado activo.

f. Pueda movilizarse por sí mismo.

g. Presente uresis espontánea.

14. Se entenderá por "Servicio Solicitante" al Servicio de Consulta Externa y/o Urgencias dependientes de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria, que proporcionan atención médica a los derechohabientes o usuarios.

15. Se entenderá por "Responsable del Servicio de Cirugía" al encargado de programar, coordinar y evaluar el desarrollo de las actividades que lleva a cabo el equipo quirúrgico, en el Servicio de Cirugía, adscrito al Área de Hospitalización, dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria.

16. Se entenderá por "Médico Tratante del Servicio Solicitante" al adscrito al Servicio de Consulta Externa y/o Urgencias dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria que proporciona atención

médica y puede indicar que el derechohabiente o usuario requiere de cirugía ambulatoria.

17. Se entenderá por "Médico Anestesiólogo" al adscrito a la Sección de Quirófanos o Sala de Recuperación dependientes de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que realiza el procedimiento anestésico al derechohabiente o usuario que va ser intervenido quirúrgicamente; así como, decide el egreso del derechohabiente o usuario, y firma el alta, respectivamente.

18. Se entenderá por "Médico Cirujano" al adscrito a la Sección de Quirófanos dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria, que realiza el acto quirúrgico ambulatorio a los derechohabientes y usuarios que lo requieran.

19. Se entenderá por "Enfermera" al personal adscrito al Servicio de Enfermería dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que desarrolla actividades de atención de enfermería en el servicio solicitante de Consulta Externa y Urgencias, en la Sección de Quirófanos y Sala de Recuperación y otorga el apoyo necesario al personal médico, en beneficio de una atención integral, eficiente y efectiva a la población demandante de los servicios médicos.

20. Se entenderá por "Servicio de Trabajo Social" al servicio encargado de proporcionar apoyo técnico normativo y administrativo en trabajo social, para coadyuvar en el otorgamiento de una atención de calidad a la población demandante de los servicios médicos, dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria.

21. Se entenderá por "Trabajadora Social" al personal adscrito al Servicio de Trabajo Social en la unidad hospitalaria, dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica, responsable de la aplicación de métodos y técnicas específicas de trabajo social a la población demandante de los servicios médicos.

22. Se entenderá por "Personal Administrativo del Área de Admisión y Archivo Clínico" dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria, encargado de verificar la documentación al derechohabiente y usuario que se le va a realizar cirugía ambulatoria programada, así como revisar y resguardar los expedientes clínicos.

23. El Área de Admisión y Archivo Clínico, la Sección de Quirófanos y la Sala de Recuperación dependen de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria.

24. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Identificación y certificación del derechohabiente o usuario con diagnóstico de muerte encefálica como potencial donador cadavérico de órganos y tejidos con fines de trasplante.

Objetivo General:

Identificar a los derechohabientes o usuarios con daño neurológico severo y certificar la muerte encefálica de los mismos, a fin seleccionarlos como potenciales donadores de órganos y tejidos con fines de trasplantes.

Descripción Narrativa:

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección Médica (Médico Tratante)	1	Identifica al derechohabiente o usuario que presenta padecimiento con daño neurológico severo que puede evolucionar a muerte encefálica.	1 hora
	2	Notifica verbalmente al Médico Responsable de Donación, el nombre y la ubicación del derechohabiente o usuario identificado.	10 minutos
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	3	Recibe notificación, revisa y analiza el expediente clínico del derechohabiente o usuario, acude al servicio, lo identifica, explora y confirma el daño neurológico severo.	10 minutos
	4	Verifica en el expediente clínico si se han administrado al derechohabiente o usuario fármacos neurodepresores. En el caso, analiza el tipo de fármaco, tiempo de administración y dosis.	3 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	5	Inicia la integración de la "Carpeta de Donación", con la elaboración del formato "Cédula de Identificación de Paciente con Daño Neurológico Severo" (DOIP-1), lo archiva y sugiere al Médico Tratante suspender la administración de los fármacos neurodepresores para evaluar la posibilidad de muerte encefálica.	20 minutos
Subdirección Médica (Médico Tratante)	6	Analiza y valora administración de los fármacos neurodepresores y decide.	10 minutos
		¿Suspende la administración de fármacos neurodepresores?	
		NO	
	7	Informa al Médico Responsable de Donación que continuará con el tratamiento prescrito y evaluará posteriormente la sugerencia, según evolución del derechohabiente o usuario.	10 minutos
		(Conecta con el fin del procedimiento)	
		SÍ	
	8	Indica la inmediata suspensión del tratamiento y lo registra en el expediente clínico e informa al Médico Responsable de Donación.	5 minutos
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	9	Recibe notificación, espera que transcurra el tiempo necesario para la eliminación del fármaco y/o verifica que el derechohabiente o usuario tenga un gasto urinario normal al menos durante las últimas 12 hrs.	5 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	10	Acude al servicio, revisa el expediente clínico y, requisita el formato "Cédula de Captación de Datos para la Selección y Evaluación Clínica del Potencial Donador" (DOSE-2), lo integra en la "Carpeta de Donación" y le informa al Médico Tratante para que proceda a la evaluación neurológica.	10 minutos
Subdirección Médica (Médico Tratante)	11	Realiza la exploración clínica neurológica para establecer el diagnóstico clínico de muerte encefálica del derechohabiente o usuario.	15 minutos
		¿Se establece el diagnóstico clínico de muerte encefálica?	
		NO	
	12	Registra en el expediente clínico el resultado de la evaluación, y notifica al Médico Responsable de Donación.	10 minutos
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	13	Recibe notificación y, si hay manifestaciones de evolución hacia la mejoría, abandona el caso; de no ser así, mantiene la expectativa y revalora en un tiempo pertinente.	3 minutos
		(Conecta con la actividad 3)	
		SÍ	
Subdirección Médica (Médico Tratante)	14	Registra en el expediente el diagnóstico clínico de muerte encefálica del derechohabiente o usuario firma la nota e informa al Médico Responsable de Donación.	10 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	15	Recibe notificación, elabora la "Solicitud y Resultados de Análisis Clínicos", toma las muestras de sangre y entrega al laboratorio de análisis clínicos para que realice los estudios.	10 minutos
Subdirección Médica (Laboratorio de Análisis Clínicos)	16	Recibe solicitud, realiza estudios, registra resultados y los entrega al Médico Responsable de Donación.	2 horas
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	17	Recibe y analiza resultados.	5 minutos
		¿Existe riesgo sanitario para el trasplante?	
		SÍ	
	18	Descarta al derechohabiente o usuario como potencial donador, elabora la nota médica del hecho, integra copia al expediente clínico y la original a la "Carpeta de Donación" junto con los resultados del laboratorio, cierra el caso y le informa al Médico Tratante.	5 minutos
		(Conecta con el fin del procedimiento)	
		NO	
	19	Sugiere al Médico Tratante la realización del estudio de gabinete para certificar la muerte encefálica.	3 minutos
Subdirección Médica (Médico Tratante)	20	Recibe sugerencia, analiza qué tipo de estudio deberá realizar y decide.	5 minutos
		¿Electroencefalograma o Estudio de Flujo Sanguíneo Cerebral (FSC)?	
		Electroencefalograma.	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	21	Comunica al familiar o representante legal del derechohabiente o usuario diagnosticado clínicamente con muerte encefálica del estado en que se encuentra su familiar, y le solicita su autorización para realizar el estudio.	5 minutos
	22	Entrega el formato "Consentimiento Informado del Derechohabiente o Usuario para Procedimiento y Tratamiento" (ECHA-16-1), le solicita su firma, su identificación oficial y la de un testigo.	3 minutos
Familiar o Representante Legal del Derechohabiente o Usuario	23	Firma el formato y entrega identificaciones para que se realice el estudio de gabinete para demostrar la muerte encefálica.	3 minutos
Subdirección Médica (Médico Tratante)	24	Recibe documentos y agradece su colaboración, los integra al expediente clínico y le informa al Médico Responsable de Donación.	3 minutos
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	25	Recibe la información, requisita el formato "Solicitud de Pruebas Instrumentales para Certificar la Muerte Encefálica" (DOPI-3) del derechohabiente o usuario y lo entrega al Técnico en Electroencefalografía.	5 minutos
Laboratorio de Gabinete (Técnico en Electroencefalografía)	26	Recibe solicitud, da prioridad a la misma, realiza estudio solicitado, lo registra y entrega al Médico Tratante.	1 hora
Subdirección Médica (Médico Tratante)	27	Recibe estudio y solicita la interpretación del mismo a un médico especialista.	5 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección Médica (Médico Especialista)	28	Recibe estudio, lo analiza, emite su interpretación y diagnóstico, en su caso, elabora el formato "Certificación de Pérdida de Vida para la Disposición de Órganos, Tejidos y Células con fines de Trasplantes" (DOPV-5), lo firma y entrega al Médico Tratante.	10 minutos
		¿Se certificó la muerte encefálica?	
		NO	
Subdirección Médica (Médico Tratante)	29	Registra el resultado en el expediente clínico y continúa con las medidas de soporte y atención médica al derechohabiente o usuario y notifica al Médico Responsable de Donación.	10 minutos
		(Conecta con la actividad 13)	
		SÍ	
	30	Registra la muerte encefálica en el expediente clínico y le informa de la misma al familiar o representante legal del derechohabiente o usuario y notifica al Médico Responsable de Donación.	10 minutos
		(Conecta con la actividad 40)	
		Estudio de Flujo Sanguíneo Cerebral (FSC)	
	31	Comunica al familiar o representante legal del derechohabiente o usuario diagnosticado clínicamente con muerte encefálica del estado en que se encuentra su familiar y le solicita su autorización para realizar el estudio.	10 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	32	Entrega el formato "Carta de Consentimiento Bajo Información del Derechohabiente o Usuario para Procedimiento y Tratamiento" (ECHA-16-1), le solicita su firma, su identificación oficial y la de un testigo.	5 minutos
Familiar o Representante Legal del Derechohabiente o Usuario	33	Firma el formato y entrega identificaciones para que se realice el estudio de gabinete para demostrar la muerte en encefálica.	3 minutos
Subdirección Médica (Médico Tratante)	34	Recibe documentos y agradece su colaboración, los integra al expediente clínico y le informa al Médico Responsable de Donación.	5 minutos
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	35	Recibe la información, requisita el formato "Solicitud de Pruebas Instrumentales para Certificar la Muerte Encefálica" (DOPI-3) del derechohabiente o usuario y lo entrega al Responsable del Servicio de Radiodiagnóstico.	5 minutos
Servicio de Radiodiagnóstico (Responsable del Servicio de Radiodiagnóstico)	36	Recibe solicitud, da prioridad a la misma, realiza estudio solicitado, lo registra y entrega resultado al Médico Tratante.	2 horas
Subdirección Médica (Médico Tratante)	37	Recibe resultado del estudio y lo entrega al Médico Responsable de Donación.	5 minutos
		¿Se confirmó la muerte encefálica en el estudio realizado?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	38	Registra el resultado en el expediente clínico y continúa con las medidas de soporte y atención médica al derechohabiente o usuario, y notifica al Médico Responsable de Donación.	10 minutos
		(Conecta con la actividad 13)	
		SÍ	
	39	Certifica la muerte encefálica en el expediente clínico y le informa de la misma al familiar o representante legal del derechohabiente o usuario, le da las gracias por su colaboración y notifica al Médico Responsable de Donación.	10 minutos
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	40	Recibe notificación y formato "Certificación de Pérdida de la Vida para la Disposición de Órganos, Tejidos y Células con fines de Trasplantes" (DOPV-5), que confirma la muerte encefálica y lo integra a la Carpeta de Donación.	10 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 11 horas

Aspectos a Considerar:

1. El Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos es el responsable de establecer esquemas de vinculación con el Centro Nacional de Trasplantes y centros estatales de trasplantes, para el registro y control de donantes y receptores de órganos y tejidos de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables, además de determinar en el ámbito de su competencia estrategias de fomento, promoción y difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 33 Ter fracciones XVIII y XIX del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

2. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de garantizar la correcta aplicación de este procedimiento, mediante acciones de supervisión y evaluación de las unidades hospitalarias a su cargo.
3. El Director del Hospital será el responsable organizar las áreas y servicios a su cargo para la correcta aplicación de este procedimiento.
4. El Director del Hospital será el responsable de otorgar las facilidades para que se lleve a cabo la confirmación de la muerte encefálica del derechohabiente o usuario seleccionado como potencial donador de órganos y tejidos con fines de trasplante y la certificación de pérdida de la vida.
5. El Subdirector Médico o el Asistente de la Dirección del Hospital, en ausencia del Director del Hospital, será el responsable de otorgar las facilidades para el desarrollo del presente procedimiento.
6. El Subdirector Médico del Hospital supervisará la ejecución del presente procedimiento.
7. El presente procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal del hospital involucrado en el mismo.
8. El personal de salud involucrado en el proceso de donación y trasplante cumplirá lo establecido en el presente documento y en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
9. El Médico Responsable de Donación deberá estar capacitado en la materia, en cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Salud.
10. El Director del Hospital será el responsable de convocar la integración del Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o del Comité Interno de Trasplantes, según corresponda, en apego al artículo 316 de la Ley General de Salud, en caso de que la unidad médica hospitalaria cuente con licencia sanitaria para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante.
11. El Director del Hospital proporcionará los elementos necesarios para el traslado expedito y oportuno de muestras sanguíneas del potencial donador de órganos y tejidos a otras unidades médicas, para realizar el estudio serológico y microbiológico como parte integral del protocolo de selección y evaluación clínica del mismo, en el caso en el que la unidad hospitalaria no cuente con el equipo para ello.
12. El Médico Responsable de Donación solicitará apoyo a otras instituciones para la realización del estudio confirmatorio en apego a los convenios y acuerdos de colaboración establecidos, en el caso en el que la unidad hospitalaria no cuente con los estudios de gabinete necesarios para confirmar la muerte encefálica.

13. El Médico Tratante identificará rápida y oportunamente a todo paciente con muerte encefálica en apego a lo establecido en la Ley General de Salud.
14. El Responsable del Servicio en el que se ubique el paciente con daño neurológico severo verificará que el Médico Tratante a su cargo notifique oportunamente al Médico Responsable de Donación, de la existencia de un potencial donador.
15. El Responsable de Servicios Auxiliares gestionará los recursos necesarios de manera expedita, oportuna y suficiente, para la confirmación instrumentada del paciente con muerte encefálica.
16. El Médico Tratante será el responsable de informar al familiar o responsable legal la muerte del paciente.
17. El Médico Responsable de Donación promoverá oportunamente la identificación, el diagnóstico clínico y la certificación de la muerte encefálica en apego a la normatividad aplicable.
18. El Médico Responsable de Donación deberá notificar al Centro de Trasplantes del Distrito Federal la existencia de un potencial donador, dentro de la primera hora posterior en la que le fue informado el fallecimiento al familiar o responsable legal.
19. El Médico Responsable de Donación será el encargado de entrevistar al familiar o responsable legal del potencial donador para solicitar el consentimiento para la disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos y de trasplante.
20. El Médico Responsable de Donación deberá corroborar la existencia del formato Aviso al Ministerio Público en el Expediente Clínico en los casos que exista una Averiguación Previa.
21. Se entenderá por "Médico Responsable de Donación" al Coordinador Hospitalario de Donación de conformidad con el artículo 316 bis de la Ley General de Salud, deberá ser un médico especialista o general que cuente con experiencia en la materia y esté capacitado por la Secretaría de Salud para desempeñar esa función.
22. Se entenderá por "Médico Tratante" al médico que durante las horas de su jornada laboral tiene bajo su responsabilidad el diagnóstico, tratamiento y prevención del daño de los pacientes a su cargo.
23. Se entenderá por "Muerte Encefálica" de acuerdo al Artículo 343 de la Ley General de Salud, la muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:
    a. Ausencia completa y permanente de conciencia;
    b. Ausencia permanente de respiración espontánea, y

c. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas. En apego al Artículo 344 de la Ley General de Salud, los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

a. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, corroborado por un médico especialista.

b. Cualquier otro estudio de gabinete que demuestre en forma documental la ausencia permanente de flujo encefálico arterial.

24. Se entenderá por "Carpeta de Donación" al par de cubiertas de material plástico o de papel, en las que se resguardan los distintos documentos, tanto institucionales como federales, que están relacionados con el proceso de donación cadavérica.

25. Se entenderá por "Fármacos Neurodepresores" al grupo de medicamentos con acción en sistema nervioso central que interfieren con el estado de conciencia, pueden abolir los reflejos del tallo encefálico, inhibir el automatismo respiratorio y ocasionar ausencia de actividad eléctrica cerebral, los cuales pueden ser reversibles o irreversibles, de acuerdo a su farmacocinética y dosis.

26. Se entenderá por "Riesgo Sanitario" a la posibilidad de transmitir una infección, ya sea activa o latente, o una neoplasia a un receptor de un órgano, tejido, o células, a través de un trasplante.

27. Se entenderá por "Laboratorio de Análisis Clínicos" al servicio de apoyo al diagnóstico médico, dependiente de la Subdirección Médica del hospital.

28. Se entenderá por "Servicio de Imágenes y otros Gabinetes" al área responsable de realizar estudios radiográficos y ultrasonográficos con calidad y calidez a los derechohabientes o usuarios ambulatorios o encamados que les sean solicitados por sus médicos tratantes de la unidad hospitalaria, para proporcionarles las imágenes y la interpretación radiográfica que confirmen, orienten o establezcan el diagnóstico, dependiente de la Subdirección Médica del hospital.

29. Se entenderá por "Médico Especialista" al adscrito a cualquiera de las áreas o servicios de Terapia Intensiva, Neurología o Neurocirugía, a cargo de la Subdirección Médica o a la Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que proporciona atención y establece el diagnóstico médico.

30. Se entenderá por "Servicio de Radiodiagnóstico" al servicio encargado de proporcionar un apoyo técnico de diagnóstico radiológico, eficiente y de calidad, a los médicos de las diferentes áreas de servicio hospitalario que lo soliciten; a fin de coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes.

31. Se entenderá por "Técnico en Electroencefalografía" al personal técnico responsable de realizar los electroencefalogramas, adscrito al Laboratorio de Gabinete de la Subdirección Médica del hospital.

32. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Román Rosales Avilés
Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos

Nombre del Procedimiento:

Consentimiento y autorización para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante.

Objetivo General:

Obtener la autorización para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante, de los familiares o representantes legales de los derechohabientes o usuarios que han sido diagnosticados con muerte encefálica, así como obtener la autorización ministerial en los casos en los que exista una Averiguación Previa.

Descripción Narrativa:

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	1	Verifica la información y datos del derechohabiente o usuario en quien se ha certificado la muerte encefálica.	5 minutos
	2	Realiza entrevista con el familiar o responsable legal del derechohabiente o usuario, para solicitarle su autorización para la obtención de órganos y/o tejidos del potencial donador cadavérico.	15 minutos
Familiar o Responsable Legal	3	Recibe propuesta, la analiza y decide.	5 minutos
		¿Autoriza la donación?	
		NO	
	4	Informa al Médico Responsable de Donación la negativa de donación.	3 minutos
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	5	Recibe la negativa de donación, registra el motivo en la carpeta de donación y le comunica al Médico Tratante.	5 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección Médica (Médico Tratante)	6	Recibe notificación, lo registra en el expediente clínico y continúa con las medidas de soporte.	5 minutos
		(Conecta con el fin del procedimiento)	
		SÍ	
Familiar o Responsable Legal	7	Informa al Médico Responsable de Donación su aceptación.	3 minutos
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	8	Agradece al familiar o responsable legal del derechohabiente o usuario su aceptación, le entrega el formato "Consentimiento para Disposición de Órganos y Tejidos de Cadáveres con fines de Trasplante" (CDOT-6) y le solicita que determine en el mismo, los órganos y/o tejidos que desea donar y le solicita copia de la credencial del IFE y la de un testigo.	3 minutos
Familiar o Responsable Legal	9	Determina los órganos y/o tejidos a donar, firma y entrega el formato junto con las copias solicitadas.	5 minutos
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	10	Recibe formato y documentos, los integra a la Carpeta de Donación y le comunica al Médico Tratante.	5 minutos
Subdirección Médica (Médico Tratante)	11	Recibe notificación, continúa el mantenimiento integral del potencial donador cadavérico de órganos y tejidos con fines de trasplante hasta la extracción de los mismos. Elabora el alta por defunción del donador cadavérico en el expediente clínico y le informa al Médico Responsable de Donación, así mismo le notifica si es caso médico legal.	10 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	12	Recibe notificación y verifica en el expediente clínico la existencia de la nota de Aviso al Ministerio Público.	3 minutos
		¿Es caso médico legal?	
		NO	
	13	Informa al Director del Hospital del caso, le solicita su autorización para proceder a la extracción de los órganos y/o tejidos donados.	3 minutos
		(Conecta con el fin del procedimiento)	
		SÍ	
	14	Acude al Ministerio Público con el "Acta de Intervención para la Disposición de Órganos y Tejidos de Cadáveres a los que se ordena la Necropsia" (DOAI-7) y la demás documentación correspondiente para solicitar la autorización para realizar la necropsia y así poder disponer de los órganos y/o tejidos donados.	2 horas
		¿Otorga el Ministerio Público la anuencia para la disposición de los órganos y/o tejidos donados?	
		NO	
	15	Registra el motivo en la carpeta de donación y notifica al Director del Hospital, al Médico Tratante y al familiar o responsable legal y cierra el caso.	5 minutos
		(Conecta con el fin del procedimiento)	
		SÍ	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	16	Informa al Director del Hospital del resultado de la audiencia, le solicita su autorización para proceder a la extracción de los órganos y/o tejidos donados.	3 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 4 horas

Aspectos a Considerar:

1. El Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos es el responsable de establecer esquemas de vinculación con el Centro Nacional de Trasplantes y centros estatales de trasplantes, para el registro y control de donantes y receptores de órganos y tejidos de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables, además de determinar en el ámbito de su competencia estrategias de fomento, promoción y difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 33 Ter fracciones XVIII y XIX del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de garantizar la correcta aplicación de este procedimiento, mediante acciones de supervisión y evaluación de las unidades hospitalarias a su cargo.
3. El Director del Hospital será el responsable de otorgar las facilidades para que se lleve a cabo la entrevista con el familiar o responsable legal para solicitar el Consentimiento Informado para la disposición de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante; así como la realización de los trámites ante el Ministerio Público en los casos en los que aplique.
4. El Director del Hospital será el responsable de convocar la integración del Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o del Comité Interno de Trasplantes, según corresponda, en apego al artículo 316 de la Ley General de Salud en caso de que la unidad médica hospitalaria cuente con licencia sanitaria para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante.
5. El Subdirector Médico o el Asistente de la Dirección del Hospital, en ausencia del Director del Hospital, será el responsable de otorgar las facilidades para el desarrollo del presente procedimiento.

6. El Subdirector Médico del Hospital será responsable de verificar que el presente procedimiento se cumpla con oportunidad y conforme a lo establecido en el mismo.
7. El Médico Responsable de Donación será responsable de aplicar el presente procedimiento.
8. El personal de salud involucrado en el proceso de donación y trasplante cumplirá lo establecido en el presente documento y en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
9. El Médico Responsable de Donación deberá estar capacitado en la materia, en cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Salud.
10. El Médico Responsable de Donación será el encargado de realizar la entrevista con el familiar o responsable legal para solicitar el consentimiento para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante.
11. En casos en los que exista una Averiguación Previa, el Médico Responsable de Donación será el responsable de solicitar la autorización del Ministerio Público para la extracción de órganos y tejidos con fines de trasplante, a través del cumplimiento de los requisitos y lineamientos que la propia autoridad judicial establezca.
12. El Médico Responsable de Donación deberá notificar que tiene un órgano o tejido disponible a los Equipos de Trasplante, con apego a la lista de distribución del Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o del Comité Interno de Trasplantes, para la extracción de los órganos y tejidos.
13. El Médico Responsable de Donación agradecerá a los familiares del donador cadavérico su solidaridad por haber autorizado la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante.
14. El Médico Responsable de Donación deberá manejar la información relacionada con la donación de órganos y tejidos con absoluta confidencialidad en apego a la Ley General de Salud y a la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal.
15. Se entenderá por "Médico Responsable de Donación" al Coordinador Hospitalario de Donación de conformidad con el artículo 316 bis de la Ley General de Salud, deberá ser un médico especialista o general que cuente con experiencia en la materia y esté capacitado por la Secretaría de Salud para desempeñar esa función.
16. Se entenderá por "Médico Tratante" al médico que durante las horas de su jornada laboral tiene bajo su responsabilidad el diagnóstico, tratamiento y prevención del daño de los pacientes a su cargo.

17. Se entenderá por "Muerte Encefálica" de acuerdo al Artículo 343 de la Ley General de Salud, la muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

    a. Ausencia completa y permanente de conciencia;

    b. Ausencia permanente de respiración espontánea, y

    c. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

    Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas. En apego al artículo 344 de la Ley General de Salud, los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

    a. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, corroborado por un médico especialista;

    b. Cualquier otro estudio de gabinete que demuestre en forma documental la ausencia permanente de flujo encefálico arterial.

18. Se entenderá por "Carpeta de Donación" al par de cubiertas de material plástico o de papel, en las que se resguardan los distintos documentos, tanto Institucionales como Federales, que están relacionados con el proceso de donación cadavérica.

19 Se entenderá por "Laboratorio de Análisis Clínicos" al servicio de apoyo al diagnóstico médico, dependiente de la Subdirección Médica del hospital.

19. Se entenderá por "Servicio de Imágenes y otros Gabinetes" al área responsable de realizar estudios radiográficos y ultrasonográficos con calidad y calidez a los derechohabientes o usuarios ambulatorios o encamados que les sean solicitados por sus médicos tratantes de la unidad hospitalaria, para proporcionarles las imágenes y la interpretación radiográfica que confirmen, orienten o establezcan el diagnóstico, dependiente de la Subdirección Médica del hospital.

20. Se entenderá por "Médico Especialista" al adscrito a cualquiera de las áreas o servicios de Terapia Intensiva, Neurología o Neurocirugía, a cargo de la Subdirección Médica o a la Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que proporciona atención y establece el diagnóstico médico.

20. Se entenderá por "Servicio de Radiodiagnóstico" al servicio encargado de proporcionar un apoyo técnico de diagnóstico radiológico, eficiente y de calidad, a los médicos de las diferentes áreas de servicio hospitalario que lo soliciten; a fin de coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes.

21. Se entenderá por "Técnico en Electroencefalografía" al personal técnico responsable de realizar los electroencefalogramas, adscrito al Laboratorio de Gabinete de la Subdirección Médica del hospital.

22. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Roman Rosales Avilés

Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos

Nombre del Procedimiento:

Extracción y distribución de órganos y tejidos con fines de trasplante en las unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal que cuentan con licencia sanitaria para la disposición de órganos y tejidos en la modalidad de procuración.

Objetivo General:

Realizar el proceso quirúrgico de extracción de órganos y tejidos con fines de trasplante en las unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, a los derechohabientes o usuarios que han sido diagnosticados con muerte encefálica, a fin de disponer de los órganos y tejidos para mejorar la calidad de vida de otras personas.

Descripción Narrativa:

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	1	Verifica que toda la documentación de la Carpeta de Donación, se encuentre completa y perfectamente requisitada.	15 minutos
	2	Consulta en la carpeta del Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o Comité Interno de Trasplantes del hospital, la lista de distribución de los órganos y/o tejidos donados y disponibles en el momento, y se comunica con el Cirujano de Trasplantes correspondiente de la unidad médica seleccionada para presentarle el caso e informarle respecto del órgano y/o tejido disponible. Espera respuesta en un tiempo máximo de una hora.	20 minutos
		¿Aceptó el Cirujano de Trasplantes de la unidad médica seleccionada el órgano y/o tejido disponible?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	3	Recibe del Cirujano de Trasplante comunicación de no aceptación del órgano o tejido disponible, registra la información en el formato "Cédula de Captación de Datos para la Selección y Evaluación Clínica del Potencial Donador" (DOSE-2) en la Carpeta de Donación.	1 hora
		(Conecta con la actividad 2)	
		SÍ	
	4	Presenta el caso al Director o Subdirector Médico del Hospital, le informa de la aceptación de la propuesta y le solicita autorización para que el equipo de trasplantes del hospital seleccionado pueda acudir a realizar la extracción de los órganos y/o tejidos con fines de trasplante, elabora y presenta para firma en original y copia, el formato "Control de Ingreso para los Equipos de Trasplante" (CIET-8).	35 minutos
Dirección del Hospital (Director o Subdirector Médico)	5	Enterado del caso, recibe y signa el formato de autorización "Control de Ingreso para los Equipos de Trasplante" (CIET-8) y le indica al Médico Responsable de Donación que informe al personal de vigilancia y a todo el personal involucrado en el procedimiento, para que se le otorguen las facilidades de operación al equipo de trasplante.	20 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	6	Recibe formato, informa y entrega el original del mismo al personal de vigilancia, quien firma de recibido en la copia del formato "Control de Ingreso para los Equipos de Trasplante" (CIET-8) e integra en la carpeta de donación y solicita al Servicio de Cirugía el tiempo quirúrgico para llevar a cabo la extracción de los órganos y/o tejidos disponibles, mediante el formato "Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica" (ECIQ-13), y solicita la intervención del médico anestesiólogo.	30 minutos
Servicio de Cirugía (Médico Responsable del Servicio)	7	Recibe solicitud, otorga tiempo quirúrgico, determina al anestesiólogo que apoyará en el procedimiento, registra en la libreta de control del servicio y le entrega la solicitud con la fecha y hora programada al Médico Responsable de Donación.	15 minutos
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	8	Notifica al Cirujano de Trasplantes de la unidad médica seleccionada, la fecha y hora programada para la extracción de los órganos y/o tejidos disponibles, y al Médico Tratante para la preparación del potencial donador.	15 minutos
Subdirección Médica (Médico Tratante)	9	Recibe información, la registra en el expediente clínico con indicaciones de que se prepare al potencial donador para la cirugía en la fecha y hora programada, notifica lo anterior al Médico Responsable de Donación.	15 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	10	Recibe notificación, realiza conjuntamente con el técnico en inhaloterapia, la enfermera del servicio y el camillero, en la fecha y hora programada para la intervención, el traslado al quirófano del potencial donador.	15 minutos
	11	Recibe al Equipo de Trasplantes, les presenta la Carpeta de Donación, les solicita copias de la cédula profesional e IFE para su integración a la misma y les facilita el ingreso al área de quirófanos.	15 minutos
Equipo de Trasplantes	12	Entrega copias solicitadas y verifica, en la Carpeta de Donación del potencial donador, que la documentación se encuentre completa y correctamente requisitada, se colocan el uniforme quirúrgico con técnica estéril e ingresan al quirófano.	30 minutos
Subdirección Médica (Anestesiólogo del Servicio de Cirugía)	13	Recibe al potencial donador y al Equipo de Trasplantes, confirma datos en el expediente clínico e inicia la asistencia hemodinámica y ventilatoria. Le indica al Equipo de Trasplantes que puede proceder a la extracción.	10 minutos
Equipo de Trasplantes	14	Realiza la cirugía de extracción de órganos y/o tejidos disponibles en el derechohabiente o usuario.	8 horas
	15	Realiza, una vez terminada la extracción, la preservación de cada uno de los órganos y tejidos.	20 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	16	Describen al término de la cirugía en el formato "Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica" (ECIQ-13), la técnica quirúrgica empleada para la extracción de cada órgano o tejido obtenido, anotando el nombre y firma de los cirujanos participantes, y las entrega al Médico Responsable de Donación.	20 minutos
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	17	Recibe formatos, elabora la "Cédula de Resguardo de Órganos y Tejidos Procedentes de Donación Cadavérica" (DORO-4) por cada órgano o tejido obtenido, la presenta al Equipo de Trasplantes y les solicita el nombre y firma de los cirujanos participantes.	10 minutos
Equipo de Trasplantes	18	Firma y regresa el formato al Médico Responsable de Donación.	5 minutos
Dirección de Hospital (Médico Responsable de Donación)	19	Recibe e integra los formatos: "Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica" (ECIQ-13), "Cédula de Resguardo de Órganos y Tejidos Procedentes de Donación Cadavérica" (DORO-4) por cada órgano o tejido obtenido y las copias de la cédula profesional y de la credencial del IFE de los integrantes del Equipo de Trasplante a la Carpeta de Donación, les agradece su participación y los acompaña a la salida del hospital.	2 horas
	20	Acude al Ministerio Público para notificar los órganos y tejidos extraídos, en los casos en los que exista una Averiguación Previa relacionada con los hechos probablemente constitutivos de un delito y regresa a la unidad hospitalaria.	25 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	21	Elabora en original y copia una nota de descripción del evento quirúrgico realizado y de los órganos y/o tejidos extraídos, integrando la copia al expediente clínico y la original a la Carpeta de Donación y la archiva.	25 minutos
	22	Elabora una nota informativa pormenorizada del evento quirúrgico realizado para el Director del Hospital.	25 minutos
Director del Hospital	23	Recibe la nota informativa y le instruye al Médico Responsable de Donación para que registre el evento vía electrónica en el "Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes" (SIRNT).	5 minutos
Dirección del Hospital (Médico Responsable de Donación)	24	Realiza el registro vía electrónica en el portal electrónico del Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes. Elabora un informe del proceso de donación y lo entrega al Director del Hospital.	15 minutos
Director del Hospital	25	Recibe informe, lo revisa, valida y turna al Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos.	15 minutos
		Fin del procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 18 horas

Aspectos a Considerar:

1. El Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos es el responsable de establecer esquemas de vinculación con el Centro Nacional de Trasplantes y centros estatales de trasplantes para el registro y control de donantes y receptores de órganos y tejidos de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables, además de determinar en el ámbito de su competencia estrategias de fomento, promoción y difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 33 Ter fracciones XVIII y XIX del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

2. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de garantizar la correcta aplicación de este procedimiento, mediante acciones de supervisión y evaluación de las Unidades Hospitalarias a su cargo.

3. El Director del Hospital será el responsable de organizar las áreas y servicios a su cargo, para que se lleve a cabo la extracción de órganos y tejidos con fines de trasplante, en las unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal que cuentan con licencia sanitaria para la disposición de órganos y tejidos en la modalidad de procuración.

4. El Subdirector Médico del Hospital es responsable de verificar que el presente procedimiento se cumpla con oportunidad y conforme a lo establecido en el mismo.

5. El Médico Responsable de Donación será el responsable de la coordinación y correcta aplicación del presente procedimiento.

6. El personal de salud involucrado en el proceso de donación y trasplante cumplirá lo establecido en el presente documento y en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

7. El Director del Hospital será el responsable de autorizar el formato "Control de Ingreso para los Equipos de Trasplante" (CIET-8).

8. El Director del Hospital será el responsable de garantizar la veracidad y oportunidad de la información emitida por el Médico Responsable de Donación al Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT) del Centro Nacional de Trasplantes en un lapso no mayor a 48 horas.

9. El Director del Hospital deberá notificar por escrito al Responsable del Programa de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, todo proceso de donación de órganos y/o tejidos y trasplante que se lleve a cabo en el hospital a su cargo.

10. El Director del Hospital proveerá todos los recursos necesarios para que el Médico Responsable de Donación establezca comunicación con los Responsables del Programa de Trasplante de la Entidad Federativa.

11. El Médico Responsable de Donación deberá llenar el formato "Control de Ingreso para los Equipos de Trasplante" (CIET-8).

12. El Director del Hospital deberá signar el formato "Control de Ingreso para los Equipos de Trasplante" (CIET-8) en caso de ausencia, el Subdirector Médico o el Asistente de la Dirección del Hospital, podrá autorizar dicho formato.

13. El Médico Responsable de Donación deberá estar capacitado en la materia, en cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Salud.
14. El Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o el Comité Interno de Trasplantes establecerá la lista de distribución de órganos y tejidos a las unidades médicas hospitalarias con programas de trasplante en apego a la normatividad vigente para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplante.
15. El Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos, o el Comité Interno de Trasplantes respectivo, mantendrá la vigilancia en la distribución de los órganos y tejidos de cada proceso de donación cadavérica, y verificará que sea equitativo, transparente y de observancia obligatoria.
16. El Médico Responsable de Donación notificará de manera inmediata al Director, al Subdirector Médico o Asistente de la Dirección del Hospital y al Responsable del Centro de Trasplantes del Distrito Federal, cuando se lleve a cabo un proceso de donación de Órganos o Tejidos.
17. El Médico Responsable de Donación, además del personal involucrado en el proceso de donación y trasplante, deberá tratar la información clasificada como confidencial en apego a la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal y a la Ley General de Salud.
18. El Médico Responsable de Donación fungirá como Secretario Técnico del Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o del Comité Interno de Trasplantes de las unidades médicas hospitalarias, en apego a la Ley General de Salud.
19. El Médico Responsable de Donación mantendrá actualizado el Directorio de Unidades Médicas Hospitalarias con Programas de Trasplante.
20. El Médico Responsable de Donación de cada Hospital es el responsable de integrar la información del donador en el portal electrónico del Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT) dentro de las primeras 48 horas posteriores a cada donación realizada.
21. El Cirujano de Trasplante de cada hospital es el responsable de integrar la información del trasplante en el portal electrónico del SIRNT dentro de los primeros cinco días hábiles posteriores a cada trasplante realizado.
22. El Médico Responsable de Donación resguardará las "Carpetas de Donación" en el archivo de la Coordinación de Donación de Órganos y Tejidos, durante un período

mínimo de cinco años, con las medidas de seguridad necesarias, a efecto de presentarlas cuando sea solicitada por alguna autoridad competente.

23. El Médico Responsable de Donación informará al Comité Interno de Coordinación de Donación de Órganos y Tejidos o al Comité Interno de Trasplantes en Sesión Ordinaria sobre las actividades de donación y en los casos de excepción en sesión extraordinaria.

24. El Médico Responsable de Donación notificará inmediatamente a través de nota informativa al Responsable del Programa de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en el momento en el que se esté llevando a cabo un proceso de donación.

25. El Médico Responsable de Donación mantendrá comunicación permanente con los Responsables del Centro de Trasplantes de las unidades hospitalarias a los cuales fue distribuido cada órgano o tejido donado, para llevar a cabo un programa de actualización y retroalimentación que permitan mejorar el presente procedimiento.

26. El Médico Responsable de Donación elaborará y entregará mensualmente un reporte en electrónico al Responsable del Programa de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el cual deberá contener datos identificativos y técnico médicos de los pacientes evaluados como potenciales donadores de órganos y tejidos, así como de los donadores.

27. El Médico Responsable de Donación deberá manejar la información relacionada con la donación Órganos y Tejidos con absoluta confidencialidad en apego a la Ley General de Salud y a la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal.

28. El Médico Responsable de Donación deberá elaborar, en original y copia, el formato "Control de Ingreso para los Equipos de Trasplantes" (CIET-8), presentarlo al Director del Hospital para su autorización, e informar y entregar el original al personal de vigilancia del hospital, quien firmará de recibido en la copia del mismo.

29. El Equipo de Trasplantes del hospital seleccionado al llegar al hospital de la Secretaría de Salud del Distrito Federal donde se realizará la extracción del órgano y/o tejido donado, deberá registrar su entrada e informar el motivo de su visita al personal del Módulo de Vigilancia, dejar una identificación, recibir y portar un gafete de visitante.

30. El personal del Módulo de Vigilancia del Hospital verificará que el personal que integra el Equipo de Trasplantes, corresponda a lo descrito en el formato "Control de Ingreso para los Equipos de Trasplantes" (CIET-8), previo a permitir el acceso.

31. Todo el personal de las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal que intervenga en el proceso de donación y trasplante, cumplirá lo establecido en el

presente procedimiento, en su caso se apegará a lo dispuesto en el artículo 462 de la Ley General de Salud, relativo a las penas y sanciones.

32. Se entenderá por "Médico Responsable de Donación" al Coordinador Hospitalario de Donación de conformidad con el artículo 316 bis de la Ley General de Salud, deberá ser un médico especialista o general que cuente con experiencia en la materia y esté capacitado por la Secretaría de Salud para desempeñar esa función.

33. Se entenderá por "Médico Tratante" al médico que durante las horas de su jornada laboral tiene bajo su responsabilidad el diagnóstico, tratamiento y prevención del daño de los pacientes a su cargo.

34. Se entenderá por "Cirujano de Trasplante" al médico integrante del Equipo de Trasplantes, que realiza la extracción de los órganos y/o tejidos donados.

35. Se entenderá por "Médico Especialista" al adscrito a cualquiera de las áreas o servicios de Terapia Intensiva, Neurología o Neurocirugía, a cargo de la Subdirección Médica o a la Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que proporciona atención y establece el diagnóstico médico.

36. Se entenderá por "Comité Interno de Trasplantes" al órgano a que se refiere el artículo 316 de la Ley General de Salud que se integra en los establecimientos que realizan actos de trasplantes que será presidido por el Director General o su inmediato inferior que cuente con un alto nivel de conocimientos médicos académicos y profesionales y será responsable de hacer la selección de disponentes y receptores para trasplante.

37. Se entenderá por "Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos" al órgano colegiado al que se refiere el artículo 316 de la Ley General de Salud que se integra en cada establecimiento en los que se extraigan órganos, tejidos y células; que será presidido por el Director General o su inmediato inferior que sea médico con un alto nivel de conocimientos académicos y profesionales en la materia. Este comité será responsable de hacer la selección del establecimiento de salud que cuente con un programa de trasplante autorizado, al que enviará los órganos, tejidos o células, de conformidad con lo que establece la presente Ley y demás disposiciones jurídicas aplicables.

38. Se entenderá por "Equipo de Trasplantes" al grupo de médicos especializados en realizar la extracción o procuración de órganos y tejidos con fines de trasplante, así como las técnicas de transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro, y que se integren al organismo.

39. Se entenderá por "Carpeta de Donación" al par de cubiertas de material plástico o de papel, en las que se resguardan los distintos documentos, tanto institucionales como federales, que están relacionados con el proceso de donación cadavérica.

40. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Román Rosales Avilés

Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos

Nombre del Procedimiento:

Traslado del derechohabiente o usuario de una a otra área o servicio en silla de ruedas.

Objetivo General:

Trasladar correctamente al derechohabiente o usuario de una a otra área o servicio en silla de ruedas, a fin de que reciba la atención médica requerida.

Descripción Narrativa:

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera)	1	Explica al derechohabiente o usuario el procedimiento y le toma signos vitales.	2 minutos
	2	Indica al camillero el traslado del derechohabiente o usuario a otro servicio.	5 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Camillero)	3	Recibe indicación, coloca la silla cerca de la cabecera de la cama y asegura las ruedas (frenos de silla, y cama), procurando que los descansos de los pies estén plegados.	3 minutos
	4	Levanta al derechohabiente o usuario lentamente y, en su caso, solicita la ayuda de otro camillero o la enfermera, para que lo sostenga hasta que quede en posición sedente y checa su estado (expresión facial).	5 minutos
	5	Ayuda a deslizar las piernas del derechohabiente o usuario hacía el borde de la cama y a sentarlo.	2 minutos
	6	Coloca la bata y pantunflas al derechohabiente o usuario.	3 minutos
	7	Pide al derechohabiente o usuario que se	1 minuto

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		apoye en ambos pies, en un banco de altura.	
	8	Se coloca frente al derechohabiente o usuario y amplía su base de sustentación.	2 minutos
	9	Indica al derechohabiente o usuario que coloque sus manos sobre sus hombros.	2 minutos
	10	Coloca una mano de cada lado de las axilas del derechohabiente o usuario, y lo gira hasta que su espalda quede hacía la silla.	2 minutos
	11	Hace que el derechohabiente o usuario alcance el respaldo y le indica se apoye en los brazos de la silla para que descienda.	2 minutos
	12	Coloca los pies del derechohabiente o usuario sobre los estribos y los sujeta si es necesario.	2 minutos
	13	Cubre al derechohabiente o usuario, metiendo la ropa debajo de los pies, si es necesario coloca una almohada en el respaldo de la silla.	2 minutos
	14	Observa el estado general del derechohabiente o usuario, (cambio de coloración de la piel, respiración).	2 minutos
	15	Traslada al derechohabiente o usuario en silla de ruedas al servicio o lugar indicado.	5 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 40 minutos

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de asegurar que se brinde la atención médica a los derechohabientes y usuarios en las unidades

hospitalarias, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

2. El Director de la Unidad Hospitalaria es el responsable de verificar la aplicación de este procedimiento.
3. El Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Médico es el encargado de supervisar la correcta aplicación del presente procedimiento, a través de la Responsable del Servicio de Enfermería.
4. El Camillero será el encargado de observar la correcta aplicación del presente procedimiento.
5. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
6. El personal de camillería deberá apegarse a los estándares de trato profesional mediante el puntual cumplimiento del código de ética institucional.
7. El Camillero deberá realizar el traslado de todos los derechohabientes o usuarios que así lo requieran.
8. El Camillero deberá disponer de una silla de ruedas en óptimas condiciones para el traslado del derechohabiente o usuario.
9. El Camillero deberá vigilar la integridad física del derechohabiente o usuario.
10. El Camillero deberá tener conocimientos de mecánica corporal.
11. La enfermera responsable del derechohabiente o usuario deberá estar presente, durante el desarrollo del presente procedimiento.
12. En algunos casos, el Camillero se podrá apoyar con otro camillero y la enfermera, quienes deberán atender las indicaciones del camillero responsable del procedimiento.
13. Es responsabilidad del Camillero mantener limpias las sillas de ruedas y colocarlas en el lugar destinado para el equipo cuando no esté en uso.
14. El Camillero deberá informar de manera inmediata a la Responsable del Servicio de Enfermería cualquier desperfecto o pérdida que sufra el equipo bajo su responsabilidad.
15. Es resposabilidad del Camillero evitar accidentes e incidentes durante el traslado del derechohabiente o usuario, de un servicio a otro, debiendo poner especial atención en catéteres, sondas, drenovak, etc.

16. El personal de camillería deberá brindar apoyo a la sección de quirófanos en caso de urgencia, como llevar solicitud de sangre y trasladar material y equipo de un servicio a otro.

17. Es responsabilidad del personal de camillería el traslado de cadáveres del servicio en el que falleció el derechohabiente o usuario al Servicio de Anatomía Patológica.

18. El Personal de Camillería deberá observar las siguientes medidas de seguridad, en el traslado de los derechohabientes o usuarios en silla de ruedas:

    a. Al derechohabiente o usuario en silla de ruedas se le empujará siempre, con especial cuidado al entrar o salir del elevador.

    b. Al entrar en un elevador, empujará al derechohabiente o usuario de espaldas, o sea hacia atrás, al salir del elevador dará vuelta a la silla de ruedas de manera que salga hacia atrás o de espaldas.

    c. En las rampas para seguridad del derechohabiente o usuario y para mayor facilidad, agarrará la silla fuertemente del respaldo, esto impedirá que la silla se escape o se vuelque.

19. Se entenderá por "Enfermera" al personal adscrito al Servicio de Enfermería dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria, que desarrolla actividades de atención de enfermería en Consulta Externa, Hospitalización o Urgencias y otorga el apoyo necesario al personal médico, en beneficio de una atención integral, eficiente y efectiva a la población demandante de los servicios médicos.

20. Se entenderá por "Camillero" al personal adscrito al Servicio de Enfermería dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria, responsable del traslado de los derechohabientes o usuarios de una a otra área o servicio de la unidad hospitalaría, para recibir la atención médica requerida.

21. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo
Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Traslado del derechohabiente o usuario de una a otra área o servicio en carro camilla.

Objetivo General:

Trasladar correctamente al derechohabiente o usuario de una a otra área o servicio en carro camilla, a fin de que reciba la atención médica requerida.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera)	1	Explica al derechohabiente o usuario el procedimiento de traslado y le toma signos vitales.	5 minutos
	2	Indica al camillero el traslado del derechohabiente o usuario a otro servicio.	2 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Camillero)	3	Recibe indicación, traslada el carro camilla al servicio en el que se encuentra el derechohabiente o usuario.	5 minutos
	4	Baja la ropa de cama que cubre al derechohabiente o usuario hasta la piecera, protegiéndolo únicamente con una sábana.	1 minuto
	5	Solicita al derechohabiente o usuario se coloque en posición decúbito dorsal.	1 minuto
	6	Coloca la camilla paralela, junto a la cama.	1 minuto
	7	Frena la camilla.	1 minuto
	8	Solicita a otro camillero o a la enfermera, se coloque a un lado de la cama mientras él se coloca del otro lado.	1 minuto

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	9	Desliza un brazo por debajo de los hombros del derechohabiente o usuario y el otro brazo por debajo de la espalda.	1 minuto
	10	Desliza junto con la enfermera y/o camillero, un brazo debajo de los glúteos y otro debajo de los muslos.	1 minuto
	11	Solicita al derechohabiente o usuario colaborar, acercándose al borde de la cama, ayudándolo a deslizarse hacia el carro camilla.	3 minutos
	12	Amplía su ángulo de apoyo con los pies separados y flexionando las rodillas. Indica a otro camillero o enfermera que realice lo mismo.	1 minuto
	13	Eleva junto con el otro camillero o enfermera al derechohabiente o usuario de la cama (a la cuenta de tres) y lo dirige por un lado del carro camilla para depositarlo lentamente en el mismo.	2 minutos
	14	Cubre al derechohabiente o usuario con la sábana y cobertor.	2 minutos
	15	Coloca los barandales y los fija al carro camilla.	2 minutos
	16	Traslada al derechohabiente o usuario en el carro camilla al lugar indicado.	5 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 34 minutos

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de asegurar que se brinde la atención médica a los derechohabientes y usuarios en las unidades

hospitalarias, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

2. El Director de la Unidad Hospitalaria es el responsable de verificar la aplicación de este procedimiento.
3. El Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Médico es el encargado de supervisar la correcta aplicación del presente procedimiento, a través de la Responsable del Servicio de Enfermería.
4. El Camillero será la encargado de observar la correcta aplicación del procedimiento.
5. Este procedimiento es de obseservancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
6. El personal de camillería deberá apegarse a los estándares de trato profesional mediante el puntual cumplimiento del código de ética institucional.
7. El Camillero deberá realizar el traslado de todos los derechohabientes o usuarios que así lo requieran.
8. El Camillero deberá disponer de un carro camilla en óptimas condiciones para el trasla por así convenir a sus intereses.do del derechohabiente o usuario.
9. El Camillero deberá vigilar la integridad física del derechohabiente o usuario durante su traslado.
10. El Camillero deberá tener conocimientos de mecánica corporal.
11. La enfermera responsable del derechohabiente o usuario deberá estar presente durante el desarrollo del presente procedimiento.
12. El Camillero deberá revisar la programación de cirugía, a fin de estar preparado cuando se le requiera.
13. El Camillero deberá revisar la programación de estudios especiales y rayos "X", para el traslado de los derechohabientes o usuarios.
14. El Camillero deberá informarse sobre los traslados a otra unidad hospitalaria.
15. El Camillero deberá vestir las camillas de acuerdo a la técnica adecuada y con ropa limpia, para cada derechohabiente o usuario que la utilice.
16. El Camillero no deberá abandonar el servicio durante su horario de trabajo sin previa autorización de la Responsable del Servicio de Enfermería.
17. El Camillero deberá participar con la enfermera en el traslado de los derechohabientes o usuarios de la cama a la regadera y viceversa.

18. Durante el desarrollo del presente procedimiento el Camillero deberá participar con la enfermera en la movilización del derechohabiente o usuario.
19. El Camillero deberá trasladar al derechohabiente o usuario de su cama a su vehículo o ambulancia, en caso de que el derechohabiente o usuario no pueda hacerlo por sí solo.
20. La enfermera deberá acompañar al derechohabiente o usuario al destino indicado.
21. El Camillero deberá arropar al derechohabiente o usuario para evitarle enfriamientos.
22. El Camillero deberá evitar movimientos bruscos que lesionen al derechohabiente o usuario.
23. El Camillero deberá cumplir con los siguientes criterios para atender la seguridad y comodidad del derechohabiente o usuario durante su traslado:
    a. Cubrir al derechohabiente o usuario por completo con la sábana y colcha, procurando meter las orillas de la ropa de cama por debajo del colchón.
    b. Sujetar al derechohabiente o usuario con cinturones de seguridad, en caso de no haberlos, lo sujetará con una sábana.
    c. Asegurar los barandales de la camilla.
    d. Al ir por los pasillos los pies del derechohabiente o usuario deberán de estar hacia delante, protegiendo en todo momento su cabeza.
    e. Al entrar en el elevador, deberán primero pasar los pies del derechohabiente o suario.
    f. Quedarse de pie junto a la cabeza del derechohabiente o usuario, mientras el elevador está en movimiento.
    g. Al abandonar el elevador, saldrá primero la cabeza del derechohabiente o usuario y una vez fuera, se girará la camilla para que los pies vayan siempre adelante.
24. Se entenderá por "Enfermera" al personal adscrito al Servicio de Enfermería dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria, que desarrolla actividades de atención de enfermería en Consulta Externa, Hospitalización o Urgencias y otorga el apoyo necesario al personal médico, en beneficio de una atención integral, eficiente y efectiva a la población demandante de los servicios médicos.
25. Se entenderá por "Camillero" al personal adscrito al Servicio de Enfermería dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria, responsable del traslado de los derechohabientes o

usuarios de una a otra área o servicio de la unidad hospitalaria, para recibir la atención médica requerida.

26. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

27. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Realización de estudios histopatológicos.

Objetivo General:

Realizar estudios histopatológicos de biopsias y piezas quirúrgicas a derechohabientes o usuarios hospitalizados y referidos de las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, a fin de coadyuvar en el diagnóstico de los mismos.

Descripción Narrativa:

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica (Médico Tratante)	1	Elabora el formato de "Solicitud y Resultado de Estudio de Anatomía Patológica" (SUA-AP-1), en original y copia, entrega a la enfermera la solicitud junto con la biopsia y/o pieza quirúrgica.	1 hora
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica (Enfermera)	2	Recibe del médico tratante el formato de "Solicitud y Resultado de Estudio de Anatomía Patológica" (SUA-AP-1), la biopsia y/o pieza quirúrgica, fija la muestra, la etiqueta, rotula y entrega al Servicio de Anatomía Patológica.	10 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica (Ayudante de Autopsias)	3	Recibe de la enfermera el formato de "Solicitud y Resultado de Estudio de Anatomía Patológica" (SUA-AP-1), en original y copia, la biopsia y/o pieza quirúrgica, verifica que los datos sean correctos y que la muestra esté debidamente fijada y firma de recibido en la copia y la entrega a la enfermera.	10 minutos
	4	Registra en la bitácora correspondiente, le asigna número de estudio, rotula los cassettes de inclusión y entrega al médico patólogo el original de la solicitud.	15 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica (Médico Patólogo)	5	Recibe del ayudante de autopsias el formato de "Solicitud y Resultado de Estudio de Anatomía Patológica" (SUA-AP-1) en original y copia, acude al área de inclusión, realiza la descripción macroscópica de la muestra y la anota al reverso de la solicitud (SUA-AP-1).	2 horas
	6	Toma cortes representativos del tejido, los coloca en cassettes de inclusión y los entrega, embebidos en formol al 10% para su proceso, al histopatólogo y entrega al ayudante de autopsias el tejido residual para su resguardo hasta su diagnóstico final.	1 hora
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica (Histopatólogo)	7	Recibe del médico patólogo los cassettes de inclusión para su procesamiento y obtención de laminillas. Anota el número de cortes en la bitácora correspondiente, con fecha de elaboración y técnicas especiales aplicadas cuando sea necesario y firma en bitácora correspondiente. Entrega las laminillas al médico patólogo.	1 hora
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica (Médico Patólogo)	8	Recibe laminillas y elabora diagnóstico correspondiente al reverso de la solicitud (SUA-AP-1), y entrega las laminillas diagnosticadas y bloques de parafina al histopatólogo para su archivo y turna al auxiliar administrativo el resultado para su transcripción en el formato "Reporte Histopatológico".	3 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica (Auxiliar Administrativo)	9	Recibe del médico patólogo el formato de "Solicitud y Resultado de Estudio de Anatomía Patológica" (SUA-AP-1), lo transcribe en el formato de "Reporte Histopatológico" y registra el resultado del estudio histopatológico en la bitácora y lo turna al médico patólogo en original y copia para su revisión y firma.	1 hora
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica (Médico Patólogo)	10	Recibe del auxiliar administrativo el formato de "Reporte Histopatológico" en original y copia, lo revisa y firma, y le regresa el reporte.	1 hora
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica (Auxiliar Administrativo)	11	Recibe del médico patólogo el formato de "Reporte Histopatológico" firmado, y entrega el original al Archivo Clínico o al médico tratante, firma de recibido en la copia y la archiva en el Servicio de Anatomía Patológica.	30 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 4 días

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de realizar estudios histopatológicos de biopsias y piezas quirúrgicas, a fin de dar cumplimiento al Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Director del Hospital es el responsable de garantizar la aplicación del presente procedimiento.
3. El Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Médica del Hospital serán responsable de supervisar la aplicación del presente procedimiento.
4. El Responsable del Servicio de Anatomía Patológica es el encargado de la correcta aplicación del presente procedimiento.
5. Las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud deberán ajustarse a este

procedimiento.

6. Este procedimiento tiene carácter obligatorio para el personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica.
7. El personal del Servicio de Anatomía Patológica deberá apegarse a los estándares de trato profesional mediante el puntual cumplimiento del código de ética institucional.
8. El Médico Tratante solicitará los estudios de biopsias o piezas quirúrgicas obtenidas para diagnóstico, a través de la "Solicitud y Resultado de Estudios de Anatomía Patológica" (SUA-AP-1) en original y copia.
9. El Médico Tratante es el responsable de la toma de la biopsia o de realizar el procedimiento para la obtención de la pieza quirúrgica y entregarla a la enfermera para su conservación, rótulo y entrega al Servicio de Anatomía Patológica.
10. Será responsabilidad de la enfermera adscrita al servicio en el que se encuentre el derechohabiente o usuario la conservación de la pieza quirúrgica y/o biopsia en formol al 10% para evitar la autolisis, así como rotular debidamente la pieza con los siguientes datos: nombre del derechohabiente o usuario, servicio solicitante, número de expediente, edad, diagnóstico clínico, nombre del Médico Tratante y entregar al Servicio de Anatomía Patológica los especímenes quirúrgicos.
11. En caso de que procedan de otra unidad hospitalaria el material será entregado a través del Gestor al Servicio de Anatomía Patológica.
12. Los resultados de los estudios urgentes estarán disponibles en 5 días hábiles, cuando sea necesaria alguna técnica especial estarán disponibles en 7 días hábiles, los estudios histopatológicos se entregarán en 15 días hábiles, posteriores a la fecha de recepción en el Servicio de Anatomía Patológica.
13. Las piezas quirúrgicas deberán conservarse en resguardo hasta emitir el diagnóstico final y posteriormente se desecharan de acuerdo a la NOM-087-SEMARNAT–SSA1-2002. Protección ambiental- Salud ambiental- Residuos peligrosos biológico-infecciosos, Clasificación y especificaciones de manejo.
14. Será responsabilidad del Médico Tratante y, en su caso, del Gestor de la unidad hospitalaria solicitante recoger el resultado del estudio histopatológico solicitado como urgente en el Servicio de Anatomía Patológica.
15. Los resultados de estudios histopatológicos serán enviados al Archivo Clínico a través del personal administrativo para su integración al expediente clínico del derechohabiente o usuario. En el caso de las unidades hospitalarias solicitantes, el Gestor recogerá el resultado de los estudios histopatológicos de lunes a viernes de 08:00 a 13:00 horas en el Servicio de Anatomía Patológica.

16. El Médico Tratante será el responsable de realizar la referencia del derechohabiente o usuario a otra institución de mayor capacidad resolutiva, cuando su padecimiento requiera estudios de mayor complejidad, si es el caso, solicitará al Servicio de Anatomía Patológica el material correspondiente con 24 horas de anticipación, a través de la "Solicitud de Bloques y/o Laminilla".

17. Las laminillas y bloques de parafina de los estudios histopatológicos permanecerán en el archivo del Servicio de Anatomía Patológica durante un período de 5 años, los casos de patología oncológica serán resguardados por un período de 10 años; al término de los mismos serán desechadas de acuerdo a la NOM-087-SEMARNAT–SSA1-2002. Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos, Clasificación y especificaciones de manejo.

18. El Ayudante de Autopsias adscrito al Servicio de Anatomía Patológica será el responsable de la depuración de piezas quirúrgicas, lavado de material y mantener el área de trabajo limpia, así mismo deberá corroborar que en la bitácora correspondiente se haya registrado el diagnóstico definitivo y depurar el tejido residual.

19. El Histopatólogo será responsable de mantener ordenado el archivo de laminillas y bloques de parafina, así como mantener actualizada la bitácora de los cortes realizados, la salida de los mismos y su depuración.

20. Se entenderá por "Biopsia" al tejido u otro material extraído de un organismo vivo que se obtiene de un procedimiento quirúrgico, para su estudio con fines de diagnóstico.

21. Se entenderá por "Estudio Histopatológico" al análisis microscópico de una biopsia o espécimen procesado con técnicas histológicas, con fines de diagnóstico. En algunos casos, se pueden determinar los factores pronósticos y predictivos.

22. Se entenderá por "Estudio de Histoquímica" al análisis que permite identificar mediante técnicas especiales la presencia de algunos elementos y compuestos químicos en las células y tejidos.

23. Se entenderá por "Estudio de Inmunohistoquímica" al procedimiento histológico que permite demostrar antígenos en células y tejidos utilizando anticuerpos específicos con fines de diagnóstico, pronóstico y predictivo.

24. Se entenderá por "Médico Tratante" al personal médico adscrito a los Servicios de Consulta Externa y Hospitalización dependientes de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, responsable de la atención médico-quirúrgica del derechohabiente o usuario.

25. Se entenderá por "Enfermera" al personal de enfermería adscrito al Servicio de Enfermería dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental

Médica de la unidad hospitalaria, que participa auxiliando al Médico Tratante durante el acto médico-quirúrgico.

26. Se entenderá por "Médico Patólogo" al médico especialista adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, capacitado en el diagnóstico morfológico, macroscópico y microscópico.

27. Se entenderá por "Histopatólogo" al personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que se encarga de incluir tejidos en parafina, hacer cortes de los mismos, montarlos en laminillas y teñirlos.

28. Se entenderá por "Ayudante de Autopsias", al personal técnico adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que colabora con el Médico Patólogo durante la realización de los estudios post-mortem y en el proceso de especímenes quirúrgicos.

29. Se entenderá por "Auxiliar Administrativo" al personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, encargado de apoyar las acciones administrativas que se realizan en el servicio.

30. Se entenderá por "Servicio de Consulta Externa" al servicio del hospital dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que brinda atención médica a los derechohabientes o usuarios.

31. Se entenderá por "Área de Hospitalización" al área dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que brinda atención médico-quirúrgica a los derechohabientes o usuarios hospitalizados.

32. Se entenderá por "Sección de Quirófanos" al área adscrita al Servicio de Cirugía dependiente de la Subdirección Médica o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que brinda atención médica quirúrgica a los derechohabientes o usuarios que requieren del apoyo de la cirugía para restablecer su salud.

33. Se entenderá por "Servicio de Anatomía Patológica" al servicio dependiente del Área de Servicios Auxiliares adscrita a la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, encargado de realizar los diagnósticos histopatológicos y citopatológicos.

34. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo
Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Realización de necropsias.

Objetivo General:

Realizar las necropsias que sean solicitadas, para fundamentar el diagnóstico de los derechohabientes o usuarios que fallecen y así coadyuvar en los procesos epidemiológicos y estadísticos de salud en el Distrito Federal y elevar sustancialmente la calidad de atención médica.

Descripción Narrativa:

Actor	No	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Ayudante de Autopsias)	1	Recibe de la enfermera el formato "Solicitud y Resultado de Estudio de Anatomía Patológica" (SUA-AP-1), debidamente requisitada en original y copia, para realizar necropsia, expediente clínico, el cadáver y la "Carta de Consentimiento Informado para Necropsia". Registra en la bitácora correspondiente, le asigna número de estudio, lo anota en la solicitud y entrega copia del formato al médico solicitante.	10 minutos
	2	Informa al médico patólogo del caso, entrega solicitud y expediente.	10 minutos
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Médico Patólogo)	3	Recibe y revisa (SUA-AP-1), analiza el expediente e indica al ayudante de autopsias proceder a la evisceración.	15 minutos
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Ayudante de Autopsias)	4	Recibe indicaciones y procede a eviscerar el cadáver, extrae los órganos y cierra el mismo.	1 hora

Actor	No	Actividad	Tiempo
	5	Coloca los órganos en formol para su posterior disección. Le informa al médico patólogo y realiza la limpieza del área.	30 minutos
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Médico Patólogo)	6	Diseca las estructuras anatómicas por aparatos y sistemas. Toma fotos que considere representativas, pesa y realiza mediciones de los órganos y requisita el protocolo de estudio correspondiente.	15 días
	7	Entrega al histopatólogo los cassettes para su procesamiento.	15 minutos
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Histopatólogo)	8	Recibe los cassettes para la obtención de laminillas. Entrega laminillas al médico patólogo.	1 día
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Médico Patólogo)	9	Recibe y revisa laminillas, y decide.	5 minutos
		¿Están bien realizados los cortes?	
		NO	
	10	Informa y entrega laminillas al histopatólogo, para que realice nuevos cortes.	30 minutos
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Histopatólogo)	11	Recibe y revisa cortes de las laminillas, realiza nuevos cortes a las mismas y las entrega al médico patólogo.	1 hora
		(Conecta con la actividad 9)	
		SÍ	

Actor	No	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Médico Patólogo)	12	Interpreta laminillas y elabora diagnóstico correspondiente. Toma microfotografías y realiza la correlación anatomoclínica. Entrega las laminillas al histopatólogo para su archivo y al auxiliar administrativo la documentación para su transcripción y archivo.	30 minutos
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Auxiliar Administrativo)	13	Recibe documentación, transcribe el resultado final de la necropsia en el Formato "Reporte Histopatológico" y lo archiva en el Servicio de Anatomía Patológica.	30 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 17 días

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de realizar las necropsias que sean solicitadas para fundamentar el diagnóstico, a fin de dar cumplimiento al Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Director del Hospital es el responsable de garantizar la aplicación del presente procedimiento.
3. El Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Médica del Hospital son responsables de supervisar la aplicación del presente procedimiento.
4. El Responsable del Servicio de Anatomía Patológica es el encargado de la correcta aplicación del presente procedimiento.
5. Las diferentes unidades hospitalarias de la Secretaria de Salud deberán ajustarse a este procedimiento.
6. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.

7. El personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica deberán apegarse a los estándares de trato profesional mediante el puntual cumplimiento del código de ética institucional.
8. Todos los derechohabientes o usuarios que fallezcan dentro del hospital, deberán ser trasladados al Servicio de Anatomía Patológica por el personal de camillería adscrito al Servicio de Enfermería.
9. Las unidades hospitalarias que cuenten con Servicio de Anatomía Patológica deben realizar las necropsias propias y las que sean solicitadas por los hospitales que no cuentan con este servicio.
10. El Médico Tratante será el responsable de solicitar al familiar y/o responsable legal la autorización para la realización de la necropsia.
11. La "Carta de Consentimiento Informado para Necropsia" debe ser debidamente requisitada por el Médico Tratante y firmada por el familiar o tutor o responsable legal y dos testigos.
12. El Médico Patólogo debe revisar el expediente para verificar si existe algún impedimento legal para realizar el estudio.
13. La necropsia se realizará en cadáveres de más de 48 horas de estancia, garantizando con ello un adecuado estudio clínico, paraclínico y radiológico que conlleve a una buena correlación anatomoclínica.
14. En defunciones con menos de 48 horas de estancia hospitalaria se realizará la necropsia cuando el derechohabiente o usuario presente un cuadro clínico de interés para fines de enseñanza, a solicitud expresa del Médico Tratante, indicando el interés especial del caso.
15. La necropsia de cadáveres que tengan más de 12 horas se realizará solamente cuando a juicio del Médico Tratante y del Médico Patólogo haya un interés especial.
16. En las defunciones de casos médico legales se realizará la autopsia únicamente a solicitud de la autoridad judicial competente.
17. El cadáver será trasladado del servicio de urgencias, terapia intensiva, sección de quirófanos u hospitalización al mortuorio por el camillero y personal de enfermería, acompañado del expediente clínico y estudio radiológico completo.
18. Las necropsias podrán ser completas o parciales de acuerdo a lo solicitado por el Médico Tratante y la autorización del familiar responsable.
19. Los estudios post-mortem deberán elaborarse y concluirse en un tiempo no mayor de 45 días.

20. El informe del resultado de la necropsia estará disponible en el Servicio de Anatomía Patológica para los familiares que los soliciten, los médicos tratantes o alguna otra autoridad del hospital que justifique su uso.
21. En todos los casos es obligatorio el llenado del protocolo de autopsias correspondiente.
22. El Ayudante de Autopsias deberá preparar el formol para retirar, guardar o desechar los órganos conforme al manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, además de mantener los frascos con restos de tejidos bien preservados, etiquetados y limpios.
23. El Ayudante de Autopsias deberá mantener la sala de autopsias limpia y reportar defectos en los equipos.
24. Se entenderá por "Necropsia" a la serie de procedimientos basados en observaciones e intervenciones sistematizadas en el cadáver para establecer los diagnósticos anatomopatológicos finales. La necropsia podrá ser parcial o total.
25. Se entenderá por "Biopsia" al tejido u otro material extraído de un organismo vivo que se obtiene de un procedimiento quirúrgico, para su estudio con fines de diagnóstico.
26. Se entenderá por "Carta de Consentimiento Informado para Necropsia" al documento mediante el cual el familiar o tutor o responsable legal del derechohabiente o usuario, otorga su aceptación libre, voluntaria, con pleno conocimiento y comprensión de la información por la persona facultada, para que se le realice la necropsia.
27. Se entenderá por "Estudio histopatológico" al análisis microscópico de una biopsia o espécimen procesado con técnicas histológicas, con fines de diagnóstico. En algunos casos, se pueden determinar los factores pronósticos y predictivos.
28. Se entenderá por "Estudio de Histoquímica" al análisis que permite identificar mediante técnicas especiales la presencia de algunos elementos y compuestos químicos en las células y tejidos.
29. Se entenderá por "Estudio de Inmunohistoquímica" al procedimiento histológico que permite demostrar antígenos en células y tejidos utilizando anticuerpos específicos con fines de diagnóstico, pronóstico y predictivo.
30. Se entenderá por "Médico Tratante" al personal médico adscrito a los Servicios de Consulta Externa y Hospitalización dependientes de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, responsable de la atención médico-quirúrgica del derechohabiente o usuario.
31. Se entenderá por "Enfermera" al personal de enfermería adscrito al Servicio de Enfermería dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que participa auxiliando al Médico Tratante durante el

acto médico-quirúrgico.

32. Se entenderá por "Médico Patólogo" al médico especialista adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, capacitado en el diagnóstico morfológico, macroscópico y microscópico.

33. Se entenderá por "Histopatólogo" al personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que se encarga de incluir tejidos en parafina, hacer cortes de los mismos, montarlos en laminillas y teñirlos.

34. Se entenderá por "Ayudante de Autopsias" al personal técnico adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que colabora con el Médico Patólogo durante la realización de los estudios post-mortem y en el proceso de especímenes quirúrgicos.

35. Se entenderá por "Auxiliar Administrativo" al personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, encargado de apoyar las acciones administrativas que se realizan en el servicio.

36. Se entenderá por "Servicio de Consulta Externa" al servicio del hospital dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que brinda atención médica a los derechohabientes o usuarios.

37. Se entenderá por "Área de Hospitalización" al área dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que brinda atención médico-quirúrgica a los derechohabientes o usuarios hospitalizados.

38. Se entenderá por "Sección de Quirófanos" al área adscrita al Servicio de Cirugía dependiente de la Subdirección Médica o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que brinda atención médica quirúrgica a los derechohabientes o usuarios que requieren del apoyo de la cirugía para restablecer su salud.

39. Se entenderá por "Servicio de Anatomía Patológica" al servicio dependiente del Área de Servicios Auxiliares adscrita a la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, encargado de realizar los diagnósticos histopatológicos y citopatológicos.

40. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Recepción y diagnóstico de material citológico.

Objetivo General:

Realizar los estudios citológicos a derechohabientes o usuarios, hospitalizados y ambulatorios, que sean solicitados por las unidades hospitalarias de la Secretaria de Salud.

Descripción Narrativa:

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica (Citotecnólogo)	1	Recibe de la enfermera, médico tratante o gestor el formato "Solicitud y Resultado de Estudio de Anatomía Patológica" (SUA-AP-1) y muestra citológica.	15 minutos
	2	Registra en la bitácora correspondiente, le asigna número de estudio. Procesa la muestra y entrega las laminillas al médico patólogo.	1 hora
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Médico Patólogo)	3	Recibe laminillas, las analiza e interpreta y elabora un diagnóstico definitivo al reverso de la solicitud (SUA-AP-1), y entrega las laminillas diagnosticadas al citotecnólogo para su archivo.	1 hora
	4	Turna al auxiliar administrativo del servicio el resultado para su transcripción en el formato "Reporte Citopatológico".	5 minutos
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Auxiliar Administrativo)	5	Recibe el formato (SUA-AP-1) lo transcribe en el formato "Resultado Citopatológico" y registra el resultado del estudio citopatológico en la bitácora y lo turna al médico patólogo en original y copia para su revisión y firma.	3 horas

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Médico Patólogo)	6	Recibe el formato "Reporte Citopatológico" en original y copia, lo revisa, lo firma y entrega al auxiliar administrativo.	20 minutos
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Auxiliar Administrativo)	7	Recibe formato "Reporte Citopatológico" firmado, y entrega el original al Archivo Clínico o al médico tratante, firma de recibido en la copia y lo archiva en el Servicio de Anatomía Patológica.	30 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 7 horas

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de realizar los estudios citológicos a derechohabientes o usuarios hospitalizados, a fin de dar cumplimiento al Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Director del Hospital es el responsable de garantizar la aplicación del presente procedimiento.
3. El Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Médica del Hospital es el responsable de supervisar la aplicación del presente procedimiento.
4. El Responsable del Servicio de Anatomía Patológica es el encargado de la correcta aplicación del presente procedimiento.
5. Las unidades hospitalarias de la Secretaria de Salud deberán ajustarse al presente procedimiento.
6. Este procedimiento es de carácter obligatorio para el personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica.
7. El personal del Servicio de Anatomía Patológica deberá apegarse a los estándares de trato profesional mediante el puntual cumplimiento del código de ética institucional.

8. Los materiales citológicos a procesar en el servicio son: orina, líquido de ascitis, líquido pleural, líquido cefalorraquídeo, citología cérvico-vaginal, esputo, punción-aspiración con aguja fina de órganos diversos, lavados y cepillado de vía bronquial y vía biliar.
9. Para solicitar estudios citológicos el médico tratante deberá enviar formato "Solicitud y Resultado de Estudio de Anatomía Patológica" (SUA-AP-1) debidamente requisitado y firmado en original y copia con los datos del derechohabiente o usuario, número de expediente, resumen clínico, hallazgos radiológicos, estudios de laboratorio importantes y diagnóstico presuntivo.
10. El servicio solicitante realizará la toma y fijación de la muestra citológica y su entrega al Servicio de Anatomía Patológica no debe ser mayor a 24 horas.
11. El material citológico deberá estar perfectamente preservado e identificado por el personal de enfermería, y será entregado al Servicio de Anatomía Patológica por la enfermera o médico tratante de la unidad hospitalaria, en el caso de ser referido el material será entregado por el gestor.
12. El intervalo entre la recepción de la muestra, el procesamiento técnico y la emisión del resultado para derechohabientes o usuarios hospitalizados será de 3 días hábiles y para ambulatorios de 5 días hábiles.
13. Toda muestra de material citológico recibida en el Servicio de Anatomía Patológica será registrada en la Bitácora de Citologías.
14. En los hospitales que cuentan con Servicio de Anatomía Patológica, será responsabilidad del médico tratante recoger el resultado del estudio citológico de los derechohabientes o usuarios hospitalizados. Los resultados de los derechohabientes o usuarios ambulatorios serán enviados al archivo clínico a través del personal administrativo para su integración al SAMIH (expediente clínico).
15. Los resultados de estudios citológicos de los hospitales solicitantes, serán entregados a través del gestor de cada unidad.
16. El médico tratante deberá de realizar la referencia del derechohabiente o usuario a otra institución de mayor capacidad resolutiva cuando el padecimiento requiera estudios de mayor complejidad, y solicitará al Servicio de Anatomía Patológica el material correspondiente con 24 horas de anticipación a través del formato "Reporte Citopatológico".
17. Las laminillas de los estudios citológicos permanecerán en el archivo del Servicio de Anatomía Patológica durante un período de 5 años; en los casos de patología oncológica serán resguardados por un período de 10 años, al término de los cuales serán desechadas de acuerdo a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección

ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

18. El Citotecnólogo será responsable de mantener ordenado el archivo de laminillas, así como mantener actualizada la bitácora de resultados, la salida de los mismos y depuración de laminillas.

19. Se entenderá por "Citología" al estudio que se realiza mediante la observación y análisis de células provenientes de diversos órganos, tejidos, líquidos y secreciones del organismo con fines diagnósticos.

20. Se entenderá por "Médico Tratante" al personal médico adscrito a los Servicios de Consulta Externa y Hospitalización dependientes de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, responsable de la atención médico-quirúrgica del derechohabiente o usuario.

21. Se entenderá por "Enfermera" al personal de enfermería adscrito al Servicio de Enfermería dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que participa auxiliando al Médico Tratante durante el acto médico-quirúrgico.

22. Se entenderá por "Médico Patólogo" al médico especialista adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, capacitado en el diagnóstico morfológico, macroscópico y microscópico.

23. Se entenderá por "Histopatólogo" al personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que se encarga de incluir tejidos en parafina, hacer cortes de los mismos, montarlos en laminillas y teñirlos.

24. Se entenderá por "Citotecnólogo" al personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, encargado de procesar líquidos, teñirlos y emitir diagnóstico microscópico de las citologías cérvico-vaginales.

25. Se entenderá por "Auxiliar Administrativo" al personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, encargado de apoyar las acciones administrativas que se realizan en el servicio.

26. Se entenderá por "Servicio de Anatomía Patológica" al servicio dependiente del Área de Servicios Auxiliares adscrita a la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental

Médica de la unidad hospitalaria, encargado de realizar los diagnósticos histopatológicos y citopatológicos.

27. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Realización de estudios transoperatorios.

Objetivo General:

Realizar estudios transoperatorios a especímenes de derechohabientes o usuarios que durante el acto quirúrgico sean solicitados por el médico cirujano, a fin de emitir un diagnóstico que condicione una conducta quirúrgica.

Descripción Narrativa:

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Ayudante de Autopsias y/o Histopatólogo)	1	Recibe de la enfermera de la sección de quirófanos el formato "Solicitud y Resultado de Estudio de Anatomía Patológica" (SUA-AP-1), y muestra para estudio transoperatorio del derechohabiente o usuario.	3 minutos
	2	Registra la solicitud (SUA-AP-1) en la bitácora correspondiente, le asigna número de estudio, y avisa al médico patólogo.	3 minutos
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Médico Patólogo)	3	Realiza inspección de la pieza quirúrgica, realiza improntas y selecciona material representativo para realizar cortes por congelación en el criostato, los cuales entrega al histopatólogo, para su proceso.	5 minutos
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Histopatólogo)	4	Recibe improntas, y selección de cortes, los tiñe y entrega laminillas al médico patólogo.	5 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Médico Patólogo)	5	Recibe laminillas, las analiza e interpreta y elabora un diagnóstico, informa a la sección de quirófanos y entrega reporte en el formato "Reporte de Estudio Transoperatorio" en original y copia, al médico tratante y/o enfermera, firma de recibido en la copia y anexa original al expediente clínico, y entrega el tejido residual al ayudante de autopsias.	15 minutos
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Ayudante de Autopsias)	6	Recibe el tejido residual y lo coloca en formol, lo etiqueta y otorga número de folio de la bitácora de estudios histopatológicos, y entrega solicitud y tejido fijado al médico patólogo.	2 minutos
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Médico Patólogo)	7	Recibe solicitud y tejido residual fijado, realiza la inclusión para el proceso histopatológico, para diagnóstico definitivo.	15 minutos
		Fin del procedimiento	
Tiempo total de ejecución: 48 minutos			

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de realizar estudios transoperatorios a especímenes, a fin de dar cumplimiento al Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Director del Hospital es el responsable de garantizar la aplicación del presente procedimiento.
3. El personal del Servicio de Anatomía Patológica deberá apegarse a los estándares de trato profesional mediante el puntual cumplimiento del código de ética institucional.
4. El estudio transoperatorio solo está indicado cuando sea para normar conducta quirúrgica, no debe ser considerado como un diagnóstico definitivo.
5. En derechohabientes o usuarios programados, el médico cirujano solicitará al Servicio de Anatomía Patológica el estudio transoperatorio con 24 horas de anticipación, en el

formato de "Interconsulta" debidamente requisitado, en original.

6. El Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Médica del Hospital es el responsable de supervisar la aplicación del presente procedimiento.
7. El Responsable del Servicio de Anatomía Patológica es el encargado de la correcta aplicación del presente procedimiento.
8. El personal adscrito a las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud deberán ajustarse al presente procedimiento.
9. Este procedimiento tiene carácter obligatorio para el personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica.
10. En cirugías de urgencias el médico cirujano podrá solicitar el estudio transoperatorio durante el acto quirúrgico con el formato (SUA-AP-1) debidamente requisitado.
11. El personal de enfermería circulante que participa en el acto quirúrgico entrega el espécimen en fresco, debidamente identificado con los datos del derechohabiente o usuario en la recepción del Servicio de Anatomía Patológica, junto con el formato (SUA-AP-1) correctamente requisitado por el médico tratante.
12. Todo espécimen deberá quedar registrado en la bitácora correspondiente del Servicio de Anatomía Patológica y se le asignará un número de folio para su identificación. El tiempo de entrega del resultado por escrito del estudio transoperatorio no deberá exceder los 30 minutos.
13. El diagnóstico del estudio transoperatorio podrá ser: macroscópico, microscópico o citológico y las posibilidades diagnósticas son: benigno, maligno y diferido a estudio definitivo.
14. El Ayudante de Autopsias o Histopatólogo deberá recibir la muestra, registrarla en la bitácora correspondiente y asignarle número de identificación, con hora de recepción y entregarla al Médico Patólogo.
15. El Ayudante de Autopsias será el responsable de la correcta conservación en formol al 10 %, e identificación correcta del tejido enviado para estudio transoperatorio para su proceso definitivo, así como del lavado de material y mantener el área de trabajo limpia al terminar el procedimiento.
16. Se entenderá por "Estudio Transoperatorio" al procedimiento donde se realiza un diagnóstico anatomopatológico durante el acto quirúrgico, mediante la observación del espécimen quirúrgico y la obtención de frotis y cortes congelados.
17. Se entenderá por "Citología" al estudio que se realiza mediante la observación y análisis de células provenientes de diversos órganos, tejidos, líquidos y secreciones del

organismo con fines diagnósticos.

18. Se entenderá por "Médico Tratante" al personal médico adscrito a los Servicios de Consulta Externa y Hospitalización dependientes de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, responsable de la atención médico-quirúrgica del derechohabiente o usuario.

19. Se entenderá por "Enfermera" al personal de enfermería adscrito al Servicio de Enfermería dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que participa auxiliando al Médico Tratante durante el acto médico-quirúrgico.

20. Se entenderá por "Médico Patólogo" al médico especialista adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, capacitado en el diagnóstico morfológico, macroscópico y microscópico.

21. Se entenderá por "Histopatólogo" al personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que se encarga de incluir tejidos en parafina, hacer cortes de los mismos, montarlos en laminillas y teñirlos.

22. Se entenderá por "Ayudante de Autopsias" al personal técnico adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que colabora con el Médico Patólogo durante la realización de los estudios post-mortem y en el proceso de especímenes quirúrgicos.

23. Se entenderá por "Sección de Quirófanos" al área adscrita al Servicio de Cirugía dependiente de la Subdirección Médica o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que brinda atención médica quirúrgica a los derechohabientes o usuarios que requieren del apoyo de la cirugía para restablecer su salud.

24. Se entenderá por "Servicio de Anatomía Patológica" al servicio dependiente del Área de Servicios Auxiliares adscrita a la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, encargado de realizar los diagnósticos histopatológicos y citopatológicos.

25. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo
Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Recepción y revisión de laminillas y/o bloques de parafina para comprobación diagnóstica.

Objetivo General:

Comprobar el diagnóstico a través de la revisión de laminillas y bloques de parafina de estudios histopatológicos de biopsias, citologías y piezas quirúrgicas de derechohabientes o usuarios referidos, de las unidades hospitalarias de la Secretaria de Salud.

Descripción Narrativa:

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Histopatólogo)	1	Recibe del médico tratante las laminillas y/o bloques de parafina con la "Solicitud y Resultado de Estudio de Anatomía Patológica" (SUA-AP-1), con los datos del derechohabiente o usuario, fecha de toma de la muestra, tipo de estudio realizado y copia del diagnóstico histopatológico previo.	10 minutos
	2	Re-etiqueta las laminillas y/o bloques de parafina, les asigna un número de folio del Servicio de Anatomía Patológica y anota en la bitácora correspondiente y las entrega al médico patólogo.	10 minutos
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Médico Patólogo)	3	Recibe del histopatólogo las laminillas, las analiza para comprobación diagnóstica y emite diagnóstico definitivo, y entrega las laminillas y/o bloques de parafina al histopatólogo para su archivo, y entrega resultados al auxiliar administrativo para su transcripción.	20 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unida Departamental Médica (Auxiliar Administrativo)	4	Recibe del médico patólogo el resultado de estudio histopatológico o citopatológico, lo transcribe en "Reporte Histopatológico" o "Reporte Citopatológico" en original y copia, lo entrega al médico patólogo para firma y entrega al Archivo Clínico el original y archiva la copia.	20 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 60 minutos

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de comprobar el diagnóstico a través de la revisión de laminillas y bloques de parafina de estudios histopatológicos de biopsias, citologías y piezas quirúrgicas, a fin de dar cumplimiento al Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Director del Hospital es el responsable de garantizar la aplicación del presente procedimiento.
3. El Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Médica del Hospital son responsables de supervisar la aplicación del presente procedimiento.
4. El Responsable del Servicio de Anatomía Patológica es el encargado de la correcta aplicación del presente procedimiento.
5. El personal adscrito a las unidades hospitalarias de la Secretaria de Salud deberán ajustarse a este procedimiento.
6. El procedimiento tiene carácter de obligatorio para el personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica.
7. El personal del Servicio de Anatomía Patológica deberá apegarse a los estándares de trato profesional mediante el puntual cumplimiento del código de ética institucional.
8. El Médico Tratante solicitará la revisión de las laminillas y /o bloques de parafina de los estudios de biopsias, citologías o piezas quirúrgicas obtenidas para corroborar el diagnóstico, a través de la "Solicitud y Resultado de Estudio de Anatomía Patológica" (SUA-AP-1) en original y copia.
9. Las laminillas y/o bloques de parafina enviados al Servicio de Anatomía Patológica

para revisión y confirmación diagnóstica deberán ser acompañados por la solicitud (SUA-AP-1) debidamente requisitada, así como copia del diagnóstico histopatológico previo.

10. El Médico Tratante será responsable de identificar las laminillas y/o bloques de parafina con los datos del derechohabiente o usuario y serán entregados por la enfermera o el médico tratante al Servicio de Anatomía Patológica del hospital, en caso de ser referido de otra unidad hospitalaria el material será entregado a través del Gestor.
11. Los resultados de los estudios urgentes estarán disponibles en 5 días hábiles, cuando sea necesaria alguna técnica especial estarán disponibles en 7 días hábiles, los estudios histopatológicos se entregarán en 15 días hábiles, posteriores a la fecha de recepción en el Servicio de Anatomía Patológica.
12. Las laminillas y/o bloques de parafina serán resguardados en el Servicio de Anatomía Patológica hasta que sean solicitados por el Médico Tratante.
13. Será responsabilidad del Médico tratante y del Gestor de la unidad médica solicitante recoger el resultado del estudio histopatológico solicitado como urgente en el Servicio de Anatomía Patológica.
14. Los resultados de estudios histopatológicos serán enviados al Archivo Clínico a través del personal administrativo para su integración al expediente clínico del derechohabiente o usuario. El Gestor del hospital solicitante recogerá los estudios histopatológicos de lunes a viernes de 08:00 a 13:00 horas en el Servicio de Anatomía Patológica.
15. El Médico Tratante será el responsable de realizar la referencia del derechohabiente o usuario a otra institución de mayor capacidad resolutiva, cuando el padecimiento del mismo requiera estudios de mayor complejidad, asimismo, solicitará al Servicio de Anatomía Patológica el material correspondiente con 24 horas de anticipación, a través de la "Solicitud de Bloques y/o Laminillas".
16. El Histopatólogo será responsable de mantener ordenado el archivo de laminillas y bloques de parafina, así como mantener actualizada la bitácora de los cortes realizados, la salida de los mismos y su depuración.
17. Se entenderá por "Citología" al estudio que se realiza mediante la observación y análisis de células provenientes de diversos órganos, tejidos, líquidos y secreciones del organismo con fines diagnósticos.
18. Se entenderá por "Médico Tratante" al personal médico adscrito a los Servicios de Consulta Externa y Hospitalización dependientes de la Subdirección o Jefatura de

Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, responsable de la atención médico-quirúrgica del derechohabiente o usuario.

19. Se entenderá por "Médico Patólogo" al médico especialista adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, capacitado en el diagnóstico morfológico, macroscópico y microscópico.

20. Se entenderá por "Histopatólogo" al personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, que se encarga de incluir tejidos en parafina, hacer cortes de los mismos, montarlos en laminillas y teñirlos.

21. Se entenderá por "Auxiliar Administrativo" al personal adscrito al Servicio de Anatomía Patológica dependiente de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, encargado de apoyar las acciones administrativas que se realizan en el servicio.

22. Se entenderá por "Servicio de Anatomía Patológica" al servicio dependiente del Área de Servicios Auxiliares adscrita a la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica de la unidad hospitalaria, encargado de realizar los diagnósticos histopatológicos y citopatológicos.

23. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo
Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Referencia y contrarreferencia del derechohabiente o usuario.

Objetivo General:

Realizar la referencia y contrarreferencia del derechohabiente o usuario entre las distintas unidades médicas de la Secretaría de Salud, así como con otras unidades del Sector Salud, con el fin de otorgarle una adecuada atención de acuerdo a sus necesidades.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Unidad Hospitalaria que Refiere (Médico tratante)	1	Determina que el derechohabiente o usuario, debe ser referido a otra unidad médica para su diagnóstico o tratamiento.	5 minutos
	2	Elabora el formato de "Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6 o ECRFN-7) en original y 2 copias, lo remite con la Trabajadora Social a través del derechohabiente o usuario, o su familiar.	20 minutos
Unidad Hospitalaria que Refiere (Trabajadora Social)	3	Recibe el formato "Referencia y Contrarreferencia", se comunica con el Responsable del Centro Regulador de Urgencias y solicita le asignen unidad hospitalaria de apoyo de acuerdo al caso.	15 minutos
Jefatura de Unidad Departamental de Operación de Urgencias (Responsable del Centro Regulador de Urgencias)	4	Recibe solicitud, identifica la unidad hospitalaria de apoyo que pueda brindar los servicios requeridos e informa a la Trabajadora Social.	5 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Unidad Hospitalaria que Refiere (Trabajadora Social)	5	Recibe informe sobre la unidad hospitalaria de apoyo y se comunica con la Trabajadora Social de esa unidad, le informa de las condiciones de salud del derechohabiente o usuario a ser trasladado.	5 minutos
Unidad Hospitalaria de Apoyo (Trabajadora Social)	6	Recibe informe y lo comunica al médico que aceptará la referencia para que le notifiquen las condiciones de salud del derechohabiente o usuario que se trasladará.	5 minutos
Unidad Hospitalaria de Apoyo (Médico)	7	Recibe notificación e informa a la Trabajadora Social de la unidad hospitalaria que refiere, la aceptación del derechohabiente o usuario.	5 minutos
Unidad Hospitalaria que Refiere (Trabajadora Social)	8	Informa a familiares del derechohabiente o usuario que será trasladado a otra unidad médica, y solicita ambulancia para el traslado.	5 minutos
	9	Comunica al médico, la unidad a la que se refiere al derechohabiente o usuario.	3 minutos
	10	Informa al Responsable del Servicio de Enfermería que todo está listo para el traslado del derechohabiente o usuario.	3 minutos
Unidad Hospitalaria que Refiere (Responsable del Servicio de Enfermería)	11	Prepara al derechohabiente o usuario para su traslado y lo acompaña hasta la ambulancia.	20 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Unidad Hospitalaria que Refiere (Chofer de ambulancia)	12	Traslada al derechohabiente o usuario a la unidad hospitalaria de apoyo, lo deja con el Responsable del Área de Admisión del servicio correspondiente, entrega el original del formato de "Referencia y Contrarreferencia" y solicita sello de recibido en una copia para entregarla al servicio de trabajo social de la unidad de origen para su archivo.	95 minutos
Unidad Hospitalaria de Apoyo (Responsable de Admisión)	13	Recibe al derechohabiente o usuario, sella de recibido la copia del formato, informa a la Trabajadora Social para que registre la referencia y al médico que aceptó la misma para que asigne médico responsable.	5 minutos
Unidad Hospitalaria de Apoyo (Médico)	14	Recibe derechohabiente o usuario, brinda la atención necesaria, determina cuándo será resuelto el caso por el que fue referido, indicando cuándo será contrarreferido a la unidad médica de origen.	30 minutos
	15	Informa al Responsable del Área de Admisión sobre la realización de la contrarreferencia, requisita el formato de "Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6 o ECRFN-7) en la parte que le corresponde y lo entrega a la Trabajadora Social para realizar la contrarreferencia.	15 minutos
Unidad Hospitalaria de Apoyo (Trabajadora Social)	16	Recibe el formato, se comunica con la Trabajadora Social de la unidad médica que refirió al usuario y hace las coordinaciones necesarias para la recepción del derechohabiente o usuario.	10 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	17	Informa al médico y a la enfermera que todo está listo para la contrarreferencia y entrega el original del formato de "Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6 o ECRFN-7), verifica que se encuentre debidamente requisitado y lo entrega a la enfermera.	5 minutos
	18	Informa a los familiares del derechohabiente o usuario que será contrarreferido a la unidad médica de origen y solicita ambulancia para su traslado.	10 minutos
Unidad Hospitalaria de Apoyo (Enfermera)	19	Prepara al derechohabiente o usuario para su traslado, lo acompaña hasta la ambulancia y entrega el formato de "Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6 o ECRFN-7) al chofer de la ambulancia.	15 minutos
Unidad Hospitalaria de Apoyo (Chofer de ambulancia)	20	Traslada al derechohabiente o usuario a la unidad médica de origen, lo deja con el Responsable del área de admisión del servicio correspondiente y entrega el formato de "Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6 ECRFN-7) a la Trabajadora Social de la unidad médica de origen.	95 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 7 horas

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de asegurar que se lleve a cabo la referencia y contrarreferencia del derechohabiente o usuario en las unidades hospitalarias, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de garantizar la aplicación del presente procedimiento.

3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Director y el Subdirector o Jefe de Unidad Departamental de la Unidad Médica del hospital, serán los responsables de supervisar el cumplimiento de este procedimiento.
5. El presente procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal de la Secretaría de Salud que intervenga en la referencia y contrarreferencia de derechohabientes o usuarios.
6. El médico tratante y el responsable del servicio serán los encargados de determinar cuando un derechohabiente o usuario deba referirse a otra unidad y el motivo de su decisión.
7. Cuando se realice una referencia y contrarreferencia de derechohabientes o usuarios, deberá llenarse el formato de "Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6) en original y copia.
8. En el caso de traslado de derechohabiente o usuario neonato, se utilizará el formato denominado "Hoja de Referencia y Contrarreferencia del Paciente Neonato" (ECRFN-7).
9. Todo formato de "Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6) deberá contener el nombre y firma del médico tratante de cada unidad médica de atención.
10. El personal de trabajo social es el responsable de gestionar la referencia y contrarreferencia del derechohabiente o usuario.
11. El personal de trabajo social debe asegurar que todo derechohabiente o usuario referido a otra unidad médica sea convenientemente contrarreferido.
12. El personal de trabajo social debe registrar y controlar los formatos (ECRF-6 y ECRFN-7) de los derechohabientes o usuarios que se refieren o contrarrefieren y posteriormente enviarlos al archivo clínico para su integración en el expediente correspondiente.
13. El personal de trabajo social deberá verificar que todos los formatos utilizados en el proceso de referencia y contrarreferencia, estén debidamente requisitados.
14. El personal de trabajo social del turno correspondiente deberá registrar por servicio de comisión, las referencias y contrarreferencias efectuadas durante su jornada laboral.
15. El personal de trabajo social de la unidad que solicita el apoyo y la que lo brinda, serán los encargados de comunicar a los médicos responsables de las referencias, el nombre de los médicos tratantes de cada unidad de atención.

16. Toda unidad médica deberá contar con un médico responsable de la referencia y contrarreferencia de derechohabientes o usuarios en cada uno de los turnos.

17. En caso de referencia de derechohabientes o usuarios en condiciones de emergencia o urgencia, la solicitud de apoyo deberá ser entre los médicos responsables de las referencias del turno correspondiente, con el propósito de informar las condiciones del derechohabiente o usuario y poder aceptarlo.

18. De ser necesario el traslado, el derechohabiente o usuario deberá ser acompañado por un médico designado por el Subdirector Médico, el Jefe de Unidad Departamental de la Unidad Médica o el Asistente de la Dirección, según sea el caso.

19. Los responsables de las unidades médicas dependientes de esta Secretaría de Salud, mantendrán una estrecha comunicación tanto interinstitucional como intrainstitucional, con el propósito de solicitar apoyo para la referencia y contrarreferencia de derechohabientes o usuarios.

20. Todo derechohabiente o usuario que se le haya resuelto el caso por el cual fue referido, debe ser contrarreferido en cuanto su condición de salud lo permita.

21. Se entenderá por "Usuario" aquella persona que acuda a solicitar servicios médicos en algún hospital de la red de la Secretaría de Salud y que no sea beneficiario del Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos del Gobierno del Distrito Federal.

22. El laboratorio de análisis clínicos, el servicio de trabajo social, enfermería y admisión están adscritos a la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria que refiere, asimismo en la unidad médica receptora y son responsables de proporcionar los servicios y atención médica que requiere el derechohabiente o usuario.

23. El chofer de ambulancia está adscrito a la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Administrativa de la unidad hospitalaria que refiere, asimismo en la unidad médica receptora y es responsable de proporcionar los servicios de traslado que requiere el derechohabiente o usuario.

24. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias supervisará el cumplimiento de los procedimientos que regulan la protección y tratamiento de los datos personales en su posesión.

25. Se entenderá por "Unidad Hospitalaria que Refiere" cualquiera de los hospitales de segundo nivel de atención adscritos a la Secretaría de Salud.

26. Se entenderá por "Unidad Hospitalaria de Apoyo" a cualquier unidad médica que está en condiciones de atender la solicitud de la "Unidad Hospitalaria que Refiere".

27. Se entenderá como "Centro Regulador de Urgencias" a la unidad encargada de operar el Sistema Integral de Urgencias y está adscrita a la Jefatura de Unidad Departamental de Operación de Urgencias.

28. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Clasificación socioeconómica, codificación para el pago y aplicación del cobro de derechos por los servicios médicos a usuarios que reciben atención médica en los hospitales de la Secretaría de Salud.

Objetivo General:

Asignar la clasificación socioeconómica al usuario, codificar la clave del servicio y aplicar el cobro a fin de que efectúe el pago de derechos por los servicios médicos otorgados en la unidad hospitalaria.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Usuario	1	Acude a la unidad hospitalaria a solicitar consulta externa.	5 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Admisión y archivo clínico)	2	Recibe al usuario y le pregunta si acude a consulta por primera vez o de manera subsecuente.	1 minuto
		¿Es consulta de primera vez?	
		NO	
	3	Solicita al usuario "Carnet de Citas" (SUA-AC-5), así como original y copia del "Formato Universal de la Tesorería" con el sello del banco o tienda de autoservicio en donde realizó el pago, además de la firma del cajero; o en su caso el pase de exento. Indica al usuario acuda a recibir la atención al área de consulta externa.	2 minutos
		(Conecta con la actividad 5)	
		SÍ	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Elabora "Carnet de Citas" (SUA-AC-5), lo entrega al usuario, le informa que por tratarse de consulta externa de primera vez la atención es gratuita; le informa también que para recibir algún servicio médico adicional deberá realizar el pago de los derechos correspondientes, abre expediente clínico y lo remite al área de consulta externa.	10 minutos
	5	Indica al usuario acuda a recibir la atención médica al área de consulta externa.	1 minuto
Usuario	6	Recibe indicación, acude al servicio para recibir la atención médica y entrega el "Carnet de Citas" (SUA-AC-5) al médico.	5 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico de consulta externa)	7	Recibe al usuario, le proporciona la atención médica y elabora las anotaciones en el expediente clínico.	10 minutos
		¿Requiere otro tipo de atención?	
		NO	
	8	Proporciona tratamiento e indicaciones, archiva temporalmente el expediente clínico, para su posterior envío al área de admisión y archivo clínico.	10 minutos
		(Conecta con el fin del procedimiento)	
		SÍ	
	9	Decide servicio médico que requiere el usuario, elabora las anotaciones en el expediente clínico, llena los formatos de solicitud de exámenes necesarios y comunica esta situación a la enfermera.	10 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera de consulta externa)	10	Entrega "Carnet de Citas" (SUA-AC-5) al usuario, le indica pase al servicio de trabajo social y entrega el expediente clínico al resposable del servicio.	2 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Trabajadora Social)	11	Recibe expediente clínico y le solicita "Carnet de Citas" (SUA-AC-5) al usuario.	1 minuto
	12	Entrevista al usuario, verifica si cuenta con el "Estudio Social" (ECES-17-1), y en su caso lo elabora o actualiza.	10 minutos
	13	Anota clasificación socio-económica en el "Carnet de Citas", registra los datos en la libreta de control y entrega el expediente clínico al área de admisión y archivo clínico.	5 minutos
		¿Está exento de pago el usuario?	
		SÍ	
	14	Elabora "Pase de Exento" por cada uno de los servicios requeridos en original y copia y recaba firma de autorización del director, o en su ausencia, del asistente de la dirección.	10 minutos
	15	Entrega original de "Pase de Exento" por cada uno de los servicios requeridos al usuario, así como el "Carnet de Citas" (SUA-AC-5) y le indica que acuda al área de admisión y archivo clínico, archivando la copia.	2 minutos
		(Conecta con la actividad 17)	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	16	Entrega "Carnet de Citas" (SUA-AC-5) al usuario y le indica pase al área de admisión y archivo clínico para codificación de pago.	2 minutos
Usuario	17	Acude al área de admisión y archivo clínico, presenta su "Carnet de Citas" (SUA-AC-5) y, en su caso, el "Pase de Exento" por cada uno de los servicios requeridos.	5 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Responsable de Admisión y Archivo Clínico)	18	Recibe del usuario procedente del servicio de trabajo social, "Carnet de Citas" (SUA-AC-5) y, en su caso, el "Pase de Exento" por cada uno de los servicios requeridos.	5 minutos
		¿Tiene pase de exento?	
		SÍ	
	19	Recibe "Pase de Exento" por cada uno de los servicios requeridos, indica al usuario la fecha y hora en que se ofrecerá el servicio médico programado, registra estos datos en el "Carnet de Citas" (SUA-AC-5) y lo devuelve al usuario.	5 minutos
Usuario	20	Recibe "Carnet de Citas" (SUA-AC-5) y se presenta en el área de admisión y archivo clínico en la fecha y hora programada para recibir el servicio médico.	15 minutos
		(Conecta con el fin del procedimiento)	
		NO	
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Responsable de Admisión y Archivo Clínico)	21	Revisa "Carnet de Citas" (SUA-AC-5) coteja en el expediente clínico, hoja de ingreso o egreso de hospitalización, asimismo, revisa solicitudes de estudios o cualquier otro documento en el que conste el servicio médico que se requiere proporcionar.	5 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	22	Identifica el tipo de servicio requerido de acuerdo con el tabulador de cobro de derechos por los servicios médicos que presta el Distrito Federal.	2 minutos
	23	Determina el monto del pago con base en la clasificación socio-económica y considerando el tabulador de cobro de derechos por los servicios médicos que presta el Distrito Federal e informa al usuario el importe del mismo.	3 minutos
		¿El usuario cuenta con los recursos económicos?	
		NO	
	24	Solicita al usuario le indique la cantidad que en ese momento está en posibilidades de pagar y solicita al Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Administrativa la autorización para elaborar una línea de captura de bajo pago.	5 minutos
	25	Elabora línea de captura de bajo pago y genera el "Formato Universal de la Tesorería".	10 minutos
		(Conecta con la actividad 27)	
		SÍ	
	26	Elabora línea de captura y genera el "Formato Universal de la Tesorería".	10 minutos
	27	Entrega al usuario el "Formato Universal de la Tesorería" con el monto establecido y le indica que pase a pagar a las sucursales bancarias o tiendas de autoservicio autorizadas.	20 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Usuario	28	Acude a pagar a alguna de las sucursales bancarias o tiendas de autoservicio autorizadas, se presenta en el área de admisión y archivo clínico en la fecha y hora programada para la prestación del servicio médico, y presenta original y copia del "Formato Universal de la Tesorería" con el sello del banco o tienda de autoservicio donde realizó el pago, además de la firma del cajero.	10 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 4 horas

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de asegurar que se lleve a cabo la clasificación socioeconómica, codificación para el pago y aplicación del cobro de derechos por los servicios médicos a usuarios que reciben atención médica en los hospitales de la Secretaría de Salud, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El titular de la Dirección de la unidad hospitalaria es el encargado de garantizar la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. El titular de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica es el responsable de verificar la correcta aplicación del presente procedimiento.
4. El responsable de servicio de cada una de las áreas involucradas en este procedimiento, es el encargado de supervisar su correcta aplicación.
5. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
6. Se entenderá por "Usuario" aquella persona que acuda a solicitar servicios médicos a algún hospital de la red de la Secretaría de Salud y que no sea beneficiario del Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos del Gobierno del Distrito Federal, ni del Sistema de Protección Social en Salud.

7. El personal del servicio de trabajo social se encargará de entrevistar al usuario y/o familiar, a fin de solicitar la información necesaria para determinar su nivel socioeconómico, a través del "Estudio Social" (ECES-17-1), clasificándolo para el pago de derechos por servicios prestados, integrando dicha información al expediente clínico.
8. El "Estudio Social" (ECES-17-1) tiene una vigencia de seis meses contados a partir de la fecha de su elaboración.
9. Para establecer la clasificación socioeconómica del usuario, el personal de trabajo social considerará los grupos determinados en el tabulador de cobro de derechos por los servicios médicos que presta el Distrito Federal.
10. La exención de pago será autorizada únicamente por el titular de la dirección de la unidad hospitalaria, previa aplicación de "Estudio Social" (ECES-17-1) por el personal de trabajo social y debidamente justificado en cada caso.
11. El Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Administrativa en el Hospital deberá proporcionar al personal de trabajo social, en cantidad suficiente, los formatos de "Pase de Exento" debidamente foliados.
12. El personal de trabajo social deberá extender el "Pase de Exento" para cada servicio que requiera el usuario clasificado en la categoría de condonación de pago de cobro de derechos.
13. El responsable de trabajo social deberá garantizar que a los usuarios que ingresan a hospitalización por el servicio de urgencias se les realice el "Estudio Social" (ECES-17-1) completo.
14. En los casos de referencia de usuarios entre las diferentes unidades que integran la red de hospitales de la Secretaría de Salud, se respetará la clasificación del nivel socioeconómico asignado por el personal de trabajo social de la unidad hospitalaria que genera la referencia.
15. En el caso de usuarios ambulatorios que requieran atención en el área de consulta externa o en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, el servicio de trabajo social deberá elaborar "Ficha Socioeconómica de Consulta Externa", posteriormente deberá integrarla al expediente clínico y registrar su expedición en la libreta de control correspondiente.
16. Todo usuario que solicite atención en el área de consulta externa de la unidad hospitalaria deberá contar con "Carnet de Citas" (SUA-AC-5) debidamente clasificado con el nivel socioeconómico determinado por el personal de trabajo social.

17. Los trabajadores de la Secretaría de Salud y sus familiares directos, quedarán exentos de pago de derechos, presentando el recibo de pago y credencial del trabajador. Considerándose familiares directos los siguientes:

    a. El trabajador, la esposa o concubina, los hijos menores de dieciocho años, los hijos solteros mayores de dieciocho años hasta la edad de veinticinco años, previa comprobación de que están realizando estudios de nivel medio o superior en planteles oficiales y que no tengan un trabajo remunerado.

    b. Los hijos mayores de dieciocho años discapacitados que no trabajen, lo que se comprobará mediante certificado médico expedido por alguna institución oficial.

    c. El esposo o concubinario de la trabajadora, siempre que fuese mayor de 55 años de edad o discapacitado y que dependa económicamente de ella y,

    d. Los ascendientes, siempre que dependan económicamente del trabajador.

18. Únicamente procederá la exención en los casos calificados como de protección institucional, cuando sea solicitada por instituciones que hayan elaborado convenio con la Secretaría de Salud, presentando documento oficial debidamente firmado y sellado.

19. El personal de la área de admisión y archivo clínico elaborará una "Línea de Captura de Bajo Pago", previa autorización del Subdirector o Jefe de la Unidad Departamental Administrativa del Hospital, en los casos en los cuales el usuario no esté en posibilidades de pagar el monto establecido en el tabulador de cobro de derechos por los servicios médicos que presta el Distrito Federal.

20. Con el propósito de proporcionar atención médica oportuna a todos los usuarios que soliciten consulta externa por primera vez, ésta se otorgará de manera gratuita, ya que de lo contrario se estaría supeditando la atención al pago de derechos por los servicios médicos prestados.

21. El personal del área de admisión y archivo clínico deberá informar al usuario que acude a consulta externa de primera vez que ésta será otorgada de manera gratuita; y que para poder ofrecerle servicios médicos adicionales se le realizará el "Estudio Social", a fin de conocer su nivel socio-económico, requerido para calcular el monto de los derechos correspondientes.

22. La asignación de la clave de cobro en el "Formato Universal de la Tesorería" a través de una línea de captura, deberá sujetarse a lo establecido en el tabulador de cobro de derechos por los servicios médicos que presta el Distrito Federal.

23. En caso de no existir en el tabulador de cobro de derechos algún servicio médico, se ajustará al análogo previa consulta con el médico que proporcionó la atención.

24. Todo pago, deberá realizarse única y exclusivamente en los cajeros de bancos o tiendas de autoservicio autorizadas, a través del "Formato Universal de la Tesorería".

25. El personal del área de admisión y archivo clínico, será el responsable de requisitar la línea de captura y de generar el "Formato Universal de la Tesorería".

26. El personal del área de admisión y archivo clínico, elaborará y entregará al usuario el "Formato Universal de la Tesorería", el mismo día en el cual el médico tratante del hospital indique el tipo de servicio que requiere.

27. Al realizar el pago, el usuario deberá recibir el "Formato Universal de la Tesorería" con el sello de la institución bancaria o tienda de autoservicio autorizada, así como con la firma del cajero.

28. El responsable del área de recursos financieros de la unidad hospitalaria deberá integrar mensualmente un informe del total de pases de exento, el cual enviará al Director General de Planeación y Coordinación Sectorial en el transcurso de los primeros cinco días hábiles posteriores al mes que se reporta.

29. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias supervisará el cumplimiento de los procedimientos que regulan la protección y tratamiento de los datos personales en su posesión.

30. Se entenderá por "Servicio Médico" a todos los servicios proporcionados por el hospital referidos en el tabulador de cobro de derechos por los servicios médicos que presta el Distrito Federal:

    a. Cirugía General.
    b. Cirugía Reconstructiva Plástica.
    c. Cirugía Cosmética.
    d. Consulta Externa y Hospitalización.
    e. Laboratorio de Análisis Clínicos.
    f. Odontología.
    g. Obstetricia y Ginecología.
    h. Oftalmología.
    i. Ortopedia y Traumatología.
    j. Otorrinolaringología.
    k. Pediatría.

l. Radiodiagnóstico y Estudios Especiales.

m. Urología.

n. Paquetes de Radiodiagnóstico y Estudios Especiales.

o. Paquetes de Laboratorio.

31. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Realización de estudios a derechohabientes o usuarios de consulta externa programados en el laboratorio de análisis clínicos.

Objetivo General:

Describir en forma ordenada y secuencial, las actividades que efectúan las áreas de servicio que intervienen y los formatos que se utilizan para la solicitud y realización de estudios de laboratorio a derechohabientes o usuarios programados, a fin de que éstos obtengan la prestación del servicio de manera oportuna y eficaz.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico de consulta externa)	1	Elabora "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1), la entrega al derechohabiente o usuario y lo envía al servicio de admisión.	5 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Personal administrativo de la oficina de admisión)	2	Recibe al derechohabiente o usuario con "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1).	10 minutos
		¿El Derechohabiente o Usuario debe pagar?	
		NO	
	3	Elabora "Pase de Exento" (en original y copia) archivando copia y entrega el original al derechohabiente o usuario para que posteriormente se le solicite su pase.	10 minutos
		(Conecta con la actividad 6)	
		SÍ	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Determina costo de los estudios, requisita "Formato Universal de Tesorería", lo entrega al usuario y lo envía a realizar el pago en los cajeros de bancos o tiendas de autoservicio autorizadas.	10 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Químico o técnico del laboratorio de análisis clínicos)	5	Recibe al derechohabiente o usuario, le solicita "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1), "Formato Universal de Tesorería" o en su caso "Pase de Exento", los registra en "Libreta de Control Interno". Le da indicaciones al derechohabiente o usuario por escrito del día, hora y condiciones en que debe presentarse para la realización de sus estudios.	10 minutos
	6	Llegado el día y la hora de la cita, recibe al derechohabiente o usuario, le solicita "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1), realiza estudios.	30 minutos
	7	Registra datos obtenidos de las muestras procesadas en la libreta de control interno y en formato "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1).	5 minutos
	8	Envía "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1) con el registro de los resultados obtenidos al archivo clínico, para su integración al expediente clínico del derechohabiente o usuario.	5 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 85 minutos

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de asegurar la realización de estudios a derechohabientes o usuarios de consulta externa programados en el laboratorio de análisis clínicos en las unidades hospitalarias, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El procedimiento descrito tiene carácter de obligatorio para todo el personal adscrito a las áreas de servicio que intervienen en él, y serán el titular del área y los responsables de servicio los encargados de distribuir y supervisar su aplicación en el ámbito de su responsabilidad.
3. El personal de laboratorio deberá satisfacer con eficiencia y eficacia las demandas de servicios que la población derechohabiente o usuaria le solicite.
4. El trato al público deberá ser adecuado y cortés en todo momento.
5. Toda solicitud de estudios de laboratorio se deberá realizar utilizando los formatos oficiales "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1), diseñados para tal fin.
6. El médico tratante es el único personal autorizado para generar y firmar una solicitud de estudios de laboratorio.
7. En la recepción de solicitud de estudios en el área de laboratorio se deberá verificar y registrar su pago de derechos por servicios prestados, en caso de no ser derechohabiente.
8. El personal de laboratorio será el responsable de proporcionar por escrito, las indicaciones al derechohabiente o usuario en lo referente a las condiciones en que se debe de presentar, así como de las muestras se requieren.
9. En caso de que la unidad médica no cuente con banco de sangre pero sí con servicio de transfusión y/o puesto de sangrado (con permiso de las autoridades sanitarias correspondientes para tipificar y cruzar sangre y sus hemoderivados), el personal técnico operativo del laboratorio realizará los estudios de compatibilidad, grupo y factor Rh sanguíneos, de las muestras piloto y las unidades de hemocomponentes. Siendo el responsable del servicio de laboratorio de análisis clínicos y todo el personal técnico operativo, los responsables de llevar el control de ingresos y egresos de la sangre y sus componentes.
10. El responsable del banco de sangre, servicio de transfusión y/o puesto de sangrado deberá supervisar, controlar, evaluar, verificar y solicitar autorización ante la autoridad federal o estatal competente en todo lo relacionado a estos servicios.
11. Todo el personal de laboratorio verificará, registrará y apoyará el cumplimiento de los procedimientos correspondientes al laboratorio de análisis clínicos, contenidos en el

sistema de control interno de laboratorio clínico y/o banco de sangre en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, autorizado por el Director General de Contralorías Internas.

12. El personal técnico de laboratorio será el responsable de la recepción y toma de muestras al derechohabiente o usuario, así como del proceso de los estudios.
13. Todo resultado de estudios de laboratorio debe estar firmado por el responsable del servicio de cada turno.
14. Tanto la solicitud como los resultados deberán de ser registrados en las Libretas de Control establecidas.
15. El responsable de laboratorio será el encargado del envío de resultados de los estudios efectuados, al archivo clínico, salvo en situaciones especiales los podrán remitir directamente al médico tratante de consulta externa.
16. El personal adscrito al archivo clínico será el responsable de integrar los resultados de laboratorio al expediente clínico del derechohabiente o usuario.
17. Los titulares o dependientes registrados para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos tendrán derecho sin costo alguno, a cualesquiera de los estudios de laboratorio (uno o varios), que el médico tratante considere necesarios para su adecuado diagnóstico y tratamiento, por lo que para efectos de este procedimiento serán considerados como exentos de pago.
18. El costo de los estudios será determinado por el personal de trabajo social considerando los grupos determinados en el tabulador de cobro por derechos por los servicios médicos que presta el Distrito Federal.
19. Todo pago deberá realizarse única y exclusivamente en los cajeros de bancos o tiendas de autoservicio autorizadas, a través del "Formato Universal de la Tesorería".
20. El personal de la oficina de admisión y archivo clínico será el responsable de requisitar la línea de captura y de generar el "Formato Universal de Tesorería".
21. El personal de la oficina de admisión y archivo clínico elaborará y entregará al derechohabiente o usuario el "Formato Universal de Tesorería" el mismo día en el cual el médico tratante indique el tipo de servicio que requiere.
22. Las áreas y servicios de consulta externa, laboratorios de análisis clínicos y admisión y archivo clínico están adscritas a la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria y son responsables de proporcionar los servicios y atención médica que requiere el derechohabiente o usuario.

23. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias supervisará el cumplimiento de los procedimientos que regulan la protección y tratamiento de los datos personales en su posesión.

24. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Realización de estudios a derechohabientes o usuarios de urgencias en el laboratorio de análisis clínicos.

Objetivo General:

Describir, en forma ordenada y secuencial, las actividades que se efectúan para la correcta solicitud y realización de estudios de laboratorio, a los derechohabientes o usuarios del servicio de urgencias a fin de coadyuvar con el médico en el diagnóstico y tratamiento oportuno que el caso requiera.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico del servicio de urgencias)	1	Valora al derechohabiente o usuario y decide solicitar estudios de laboratorio, elabora "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1), la entrega a la enfermera junto con muestras (cuando corresponda).	20 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera del servicio de urgencias)	2	Recibe "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1) y muestra (cuando corresponda), los traslada al laboratorio de análisis clínicos.	5 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Químico o técnico del laboratorio de análisis clínicos)	3	Recibe "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1) y muestra (cuando corresponda), registra en libreta de control interno y en (SUA-LA-1). Realiza estudios y entrega resultados en (SUA-LA-1).	5 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera del servicio de urgencias)	4	Recibe resultados de estudios realizados, en "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1), firma de recibido en libreta de control interno y entrega resultados al servicio de urgencias.	5 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico del servicio de urgencias)	5	Recibe resultados de estudios, en "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1), los interpreta y decide conducta a seguir.	10 minutos
		Fin del procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 45 minutos

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de asegurar la realización de estudios a derechohabientes o usuarios de urgencias en el laboratorio de análisis clínicos en las unidades hospitalarias, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. Toda solicitud de estudios del servicio de urgencias tiene prioridad sobre otros estudios.
3. El procedimiento descrito tiene carácter de obligatorio para todo el personal adscrito a las áreas de servicios que intervienen en él, y serán el titular del área y los responsables de servicio, los encargados de distribuir y supervisar su aplicación en el ámbito de su competencia.
4. El personal de laboratorio deberá satisfacer con eficiencia y eficacia las demandas del servicio de urgencias.
5. El trato al derechohabiente o usuario deberá ser cortés y adecuado en todo momento.
6. Toda solicitud de estudios de laboratorio se debe realizar utilizando los formatos oficiales diseñados para tal fin "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1).
7. El personal médico adscrito al servicio de urgencias es el único autorizado para generar y firmar la solicitud de estudios de laboratorio.

8. Todo el personal de laboratorio verificará, registrará y apoyará el cumplimiento de los procedimientos correspondientes al laboratorio de análisis clínicos, contenidos en el sistema de control interno de laboratorio clínico y/o banco de sangre en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, autorizado por el Director General de Contralorías Internas.

9. En caso de que la unidad médica no cuente con banco de sangre, pero sí con servicio de transfusión y/o puesto de sangrado (con permiso de las autoridades sanitarias correspondientes para tipar y cruzar sangre y sus hemoderivados), el personal técnico operativo del laboratorio realizará los estudios de compatibilidad, grupo y factor Rh sanguíneos de las muestras piloto y las unidades de hemocomponentes, siendo el responsable del servicio de laboratorio de análisis clínicos y todo el personal técnico operativo, los responsables de llevar el control de ingresos y egresos de la sangre y sus componentes.

10. El responsable del banco de sangre, servicio de transfusión y/o puesto de sangrado deberá supervisar, controlar, evaluar, verificar y solicitar autorización ante la autoridad federal o estatal competente en todo lo relacionado a estos servicios.

11. Las enfermeras del servicio de urgencias serán responsables de entregar al área de laboratorio la solicitud de estudios debidamente requisitada, así como las muestras requeridas.

12. Todo estudio de laboratorio solicitado por el servicio de urgencias será gratuito.

13. Toda solicitud generada por el servicio de urgencias deberá ser atendida por el área de laboratorio, las 24 horas del día, los 365 días del año.

14. Todo resultado de estudios de laboratorio de derechohabientes o usuarios de urgencias, deberá ser entregado en el mínimo de tiempo requerido.

15. Tanto la solicitud como los resultados deberán ser registrados en las libretas de control establecidas en el servicio de laboratorio.

16. La solicitud de estudios de laboratorio de análisis clínicos que se requiera en el servicio de urgencias y unidad de terapia intensiva, deberá ser enviada al laboratorio con la muestra correspondiente.

17. El personal médico o de enfermería serán los responsables de tomar las muestras necesarias para la realización de los estudios.

18. Los servicios de urgencias y laboratorios de análisis clínicos están adscritos a la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria y son responsables de proporcionar los servicios y atención médica que requiere el derechohabiente o usuario.

19. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Realización de estudios de laboratorio de análisis clínicos a derechohabientes o usuarios del servicio de hospitalización.

Objetivo General:

Describir, en forma ordenada y secuencial, las actividades que efectúan las áreas de servicios que intervienen en la solicitud y realización de estudios de laboratorio a derechohabientes o usuarios hospitalizados, a fin de coadyuvar con el médico, en el diagnóstico y tratamiento oportuno que el caso requiera.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico del servicio de hospitalización)	1	Valora al derechohabiente o usuario y decide solicitar estudios de laboratorio, elabora "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1) y la anexa al expediente clínico.	30 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera del servicio de hospitalización)	2	Revisa el expediente clínico para las órdenes médicas, en cada turno toma e integra las solicitudes (SUA-LA-1) generadas en el transcurso del turno, en el servicio, para entregarlas al laboratorio de análisis clínicos.	30 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Químico o técnico del laboratorio de análilsis clínicos)	3	Ordena y programa las solicitudes para la toma de muestras de cada servicio.	10 minutos
	4	Al día siguiente toma muestra, y realiza estudios.	12 horas

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	5	Registra resultados en "Libreta de Control" y en "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1) y los distribuye a cada uno de los servicios.	30 minutos
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera del servicio de hospitalización)	6	Recibe resultados y los integra al expediente clínico correspondiente.	5 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 14 horas

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de asegurar la realización de estudios de laboratorio de análisis clínicos a derechohabientes o usuarios del servicio de hospitalización en las unidades hospitalarias, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias supervisará que las áreas a su cargo le proporcionen la información pertinente de manera inmediata para su entrega a la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, a fin de atender las solicitudes, quejas y denuncias en la materia.
3. El procedimiento descrito tiene carácter de obligatorio para todo el personal adscrito a las áreas de servicios que intervienen en él, y será el titular del área y los responsables de servicio, los encargados de distribuir y supervisar su aplicación en el ámbito de su competencia.
4. El personal de laboratorio deberá satisfacer con eficiencia y eficacia las demandas del servicio de hospitalización.
5. El trato al derechohabiente o usuario deberá ser cortés y adecuado, en todo momento.
6. Toda solicitud de estudios de laboratorio se debe realizar utilizando los formatos oficiales diseñados para tal fin en "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1).

7. El personal médico adscrito al servicio de hospitalización es el único autorizado para generar y firmar la solicitud de estudios de laboratorio.
8. Tanto la solicitud como los resultados deberán ser registrados en las libretas de control establecidas en el servicio de laboratorio de análisis clínicos.
9. Todo el personal de laboratorio verificará, registrará y apoyará el cumplimiento de los procedimientos correspondientes al laboratorio de análisis clínicos, contenidos en el sistema de control interno de laboratorio clínico y/o banco de sangre en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, autorizado por el Director General de Contralorías Internas.
10. En caso de que la unidad médica no cuente con banco de sangre pero sí con servicio de transfusión y/o puesto de sangrado (con permiso de las autoridades sanitarias correspondientes para tipar y cruzar sangre y sus hemoderivados), el personal técnico operativo del laboratorio realizará los estudios de compatibilidad, grupo y factor Rh sanguíneos, de las muestras piloto y las unidades de hemocomponentes. Siendo el responsable del servicio de laboratorio de análisis clínicos y todo el personal técnico operativo, los responsables de llevar el control de ingresos y egresos de la sangre y sus componentes.
11. El responsable del banco de sangre, servicio de transfusión y/o puesto de sangrado deberá supervisar, controlar, evaluar, verificar y solicitar autorización ante la autoridad federal o estatal competente en todo lo relacionado a estos servicios.
12. El químico o técnico de laboratorio de análisis clínicos será el encargado de tomar la muestras correspondientes, de las solicitudes de laboratorio requeridas por el servicio de hospitalización, salvo en aquellos casos que por su naturaleza sean de alta dificultad, como terapia intensiva, neonatología y quemados.
13. El responsable de laboratorio de análisis clínicos será el encargado del envío de los resultados de los estudios efectuados a cada uno de los servicios.
14. El personal de hospitalización y laboratorios de análisis clínicos están adscritos a la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria y son responsables de proporcionar los servicios y atención médica que requiere el derechohabiente o usuario.
15. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias supervisará el cumplimiento de los procedimientos que regulan la protección y tratamiento de los datos personales en su posesión.

16. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Realización de estudios de laboratorios de análisis clínicos a derechohabientes o usuarios referidos de otras unidades.

Objetivo General:

Describir, en forma ordenada y secuencial, las actividades que efectúan las áreas de servicios que intervienen y los formatos que se utilizan para la solicitud y realización de estudios de laboratorio a derechohabientes o usuarios referidos de otras unidades hospitalarias de la Secretaría, por carecer en la unidad de origen del equipo o insumos para la realización de los estudios solicitados.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Unidad Médica que Envía (Médico Tratante)	1	Valora al derechohabiente o usuario y decide que tiene que ser referido a otra unidad hospitalaria a efectuarse estudios de laboratorio de análisis clínicos. Elabora "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1) y "Hoja de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-4) en original y copia, entrega original al derechohabiente o usuario, archiva copia y comunica al servicio de trabajo social de la referencia.	30 minutos
Unidad Médica que Envía (Trabajadora Social)	2	Recibe al derechohabiente o usuario con "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1) y "Hoja de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-4), elabora "Pase de Exento" (si es el caso). Se comunica vía telefónica con la trabajadora social de la unidad receptora. Le da indicaciones al derechohabiente o usuario sobre la unidad de referencia, y condiciones en que debe presentarse.	20 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	3	Lo envía a la oficina de admisión y archivo clínico para que elaboren su "Formato Universal de Tesorería" (si es el caso) y pase directamente con la Trabajadora Social de la unidad de referencia.	10 minutos
Unidad Médica Receptora (Trabajadora Social)	4	Recibe al derechohabiente o usuario en la forma programada para la realización de los estudios, lo orienta sobre el proceso.	5 minutos
		¿El derechohabiente o usuario debe pagar?	
		NO	
	5	Le indica que presente su "Pase de Exento" debidamente requisitado, para su registro.	5 minutos
		(Conecta con la actividad 7)	
		SÍ	
	6	Le solicita "Formato Universal de Tesorería", lo revisa y corrobora que esté debidamente requisitado y lo entrega al usuario y le indica pase al servicio de laboratorio de análisis clínicos.	5 minutos
Unidad Médica Receptora (Químico o técnico del laboratorio de analisis clínicos)	7	Recibe al derechohabiente o usuario, le solicita la "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1), "Hoja de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-4) y "Formato Universal de Tesorería", registra datos del derechohabiente o usuario en "Libreta de Control Interno".	5 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	8	Realiza estudios, registra resultados en (SUA-LA-1) y en "Libreta de Control Interno", entrega "Formato Universal de Tesorería" y (SUA-LA-1), "Hoja de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-4) y envía al derechohabiente o usuario a la unidad de origen para su atención médica.	5 minutos
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 85 minutos

Aspectos a Considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de asegurar la realización de estudios de laboratorio de análisis clínicos a derechohabientes o usuarios referidos de otras unidades hospitalarias, a fin de de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El procedimiento descrito tiene carácter de obligatorio para todo el personal adscrito a las áreas de servicios que intervienen en él, y será el titular del área y los responsables de servicio los encargados de distribuir y supervisar su aplicación en el ámbito de su competencia.
3. Los titulares de las áreas de consulta externa, auxiliares de diagnóstico y tratamiento o responsables de servicios respectivos, establecerán estrecha comunicación a fin de conocer los equipos y materiales disponibles, para la realización de estudios de laboratorio.
4. Toda solicitud de estudios de laboratorio se debe realizar usando los formatos oficiales diseñados para tal fin "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1), ajustándose a los horarios establecidos por el servicio de laboratorio.
5. El médico adscrito a la unidad hospitalaria es el único personal autorizado para generar y firmar una solicitud de estudios de laboratorio.
6. Todo el personal de laboratorio verificará, registrará y apoyará el cumplimiento de los procedimientos correspondientes al laboratorio de análisis clínicos, contenidos en el sistema de control interno de laboratorio clínico y/o banco de sangre en las unidades

médicas de la Secretaría de Salud, autorizado por el Director General de Contralorías Internas.

7. Los titulares o dependientes registrados para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos tendrán derecho sin costo alguno, a cualesquiera de los estudios de laboratorio (uno o varios), que el médico tratante considere necesarios para su adecuado diagnóstico y tratamiento, por lo que para efectos de este procedimiento serán considerados como exentos de pago.

8. El costo de los estudios será determinado por el servicio de trabajo social considerando los grupos determinados en el tabulador de cobro por derechos por los servicios médicos que presta el Distrito Federal.

9. El personal de trabajo social de la unidad médica de origen será el responsable de establecer la comunicación con la unidad receptora a través de su oficina de trabajo social, a fin de solicitar apoyo para la realización de los estudios.

10. El personal de trabajo social será el encargado de proporcionar al derechohabiente o usuario la información necesaria sobre la ubicación de la unidad hospitalaria donde se le practicarán los estudios, el costo de los mismos y las condiciones en que deben presentarse.

11. El personal de trabajo social de la unidad receptora será responsable de recibir al derechohabiente o usuario referido, orientarlo y conducirlo al laboratorio, a fin de que le practiquen los estudios solicitados.

12. El personal de laboratorio de la unidad receptora atenderá la solicitud y entregará al derechohabiente o usuario los resultados firmados por el encargado del servicio de cada turno, efectuando el registro tanto de la solicitud, como de los resultados, en las libretas de control correspondientes.

13. Todo pago deberá realizarse única y exclusivamente en los cajeros de bancos o tiendas de autoservicio autorizadas, a través del "Formato Universal de la Tesorería".

14. En los casos de referencia de derechohabientes o usuarios entre las diferentes unidades que integran la red de hospitales de la Secretaría de Salud, se respetará la clasificación del nivel socioeconómico asignado por el servicio de trabajo social de la unidad hospitalaria que genera la referencia.

15. El personal de la oficina de admisión y archivo clínico será el responsable de requisitar la línea de captura y de generar el "Formato Universal de Tesorería".

16. El laboratorio de análisis clínicos y el servicio de trabajo social están adscritos a la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica, de la unidad

médica que envía y de la unidad médica receptora y son responsables de proporcionar los servicios y atención médica que requiere el derechohabiente o usuario.

17. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias supervisará el cumplimiento de los procedimientos que regulan la protección y tratamiento de los datos personales en su posesión.

18. Se entenderá por "Unidad Médica que Envía" cualquiera de los hospitales de segundo nivel de atención adscritos a la Secretaría de Salud.

19. Se entenderá por "Unidad Médica Receptora" a cualquier unidad médica que está en condiciones de atender la solicitud de la "Unidad Médica que Envía".

20. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Para la atención médica y estudios de laboratorio en unidades móviles.

Objetivo General:

Brindar atención médica general y de laboratorio en las unidades móviles con calidad, oportunidad y eficiencia, a la población ubicada en zonas de Alta y muy Alta marginalidad; así como la referencia para un tratamiento médico y/o quirúrgico oportuno, facilitando además la atención integral a las personas con discapacidad y personas de la tercera edad para prevención y tratamiento de los diagnósticos identificados en las unidades móviles.

Descripción Narrativa:

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Derechohabiente o Usuario	1	Acude a la Unidad Móvil y solicita atención médica.	5 min
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera de Unidad Móvil)	2	Registra datos del derechohabiente o usuario en libreta de control correspondiente y requisita en el formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6) sus datos.	5 min.
	3	Toma signos vitales, peso y talla, entrega al derechohabiente o usuario el formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6) y le indica pase con el médico.	5 min.
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico General de la Unidad Móvil)	4	Recibe al derechohabiente o usuario y el formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), aplica "Cédulas de Detección de Riesgos" correspondiente, según solicitud o sospecha, inicia exploración física, establece diagnóstico presuncional y decide	10 min.
		¿ El derechohabiente o usuario requiere de estudios de laboratorio?.	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		NO	
	5	Da indicaciones al derechohabiente o usuario, complementa requisitado del formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), le entrega el original, le indica acuda al Centro de Salud o Unidad de Segundo nivel de atención de acuerdo al diagnóstico y lo despide amablemente.	5 min.
	6	Registra consulta en el formato "Hoja Diaria de Consulta Externa" (SIS-SS-01-P) y archiva copia.	5 min.
		(Conecta con el fin del procedimiento)	
		SÍ	
	7	Elabora "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1), la entrega al derechohabiente o usuario y le indica pase al laboratorio.	5 min.
Derechohabiente o Usuario	8	Acude al laboratorio, entrega "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1) al Técnico Laboratorista.	5 min.
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Técnico Laboratorista de la Unidad Móvil)	9	Recibe "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1), registra datos del derechohabiente o usuario en libreta de control, toma muestras, las procesa, registra resultados en el formato correspondiente y en libreta de control y los entrega al derechohabiente o usuario y le indica pasar con el médico.	15 min.

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico General de la Unidad Móvil)	10	Recibe y analiza los resultados de laboratorio, confirma diagnóstico y da indicaciones al derechohabiente o usuario.	10 min.
	11	Complementa requisitado del formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), entrega el original al derechohabiente o usuario para su referencia al Centro de Salud o Unidad de Segundo nivel de atencion, de acuerdo al diagnóstico, lo despide amablemente, registra consulta en el formato "Hoja Diaria de Consulta Externa" (SIS-SS-01-P) y archiva copia.	5 min.
		Fin del procedimiento	
		Tiempo total de ejecución:	**2 horas**

Aspectos a considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de que se otorgue atención médica y estudios de laboratorio en unidades móviles, en seguimiento a lo establecido en el Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El titular de la Subdirección de Instrumentación de Proyectos es el encargado de garantizar y supervisar la aplicación de este procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. Se debe citar al derechohabiente o usuario para ver los requisitos mínimos indispensables.
5. El titular de la Dirección del Hospital será el responsable de verificar que la operación de la Unidad Móvil se lleve a cabo en tiempo y forma con el equipo de salud completo.
6. Toda solicitud de estudios de laboratorio se deberá realizar utilizando los formatos

oficiales diseñados para tal fin.

7. El Médico General es el único personal autorizado para generar y firmar una solicitud de estudios de laboratorio.

8. El personal técnico de laboratorio será el responsable de la recepción y toma de muestras al derechohabiente o usuario, así como de procesar los estudios.

9. Todo resultado de estudios de laboratorio debe estar firmado por el técnico laboratorista que los procesó.

10. Tanto la solicitud, como los resultados deberán ser registrados en las Libretas de Control correspondientes.

11. Será responsabilidad del técnico laboratorista el cuidado, conservación y buen uso del equipo de laboratorio.

12. El Médico General será responsable de elaborar el informe mensual de las actividades desarrolladas por el personal de la Unidad Móvil y de su entrega al Director del Hospital sede, el día veinticinco de cada mes.

13. La supervisión de este procedimiento quedará a cargo del grupo supervisor de nivel central, quién podrá proponer ajustes para un mejor desarrollo de las actividades.

14. La Enfermera de la Unidad Móvil deberá elaborar por semana la solicitud de medicamentos, material de consumo y papelería con el visto bueno del médico responsable de la Unidad Móvil, mismo que será surtida por el almacén de la Unidad Hospitalaria sede, previa autorización del Director y/o del Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Administrativo.

15. La Enfermera de la Unidad Móvil deberá registrar en la libreta de control correspondiente, a todo derechohabiente o usuario que solicite atención médica, anotando los siguientes datos: número progresivo, fecha, hora, nombre completo, domicilio, número de registro y si cuenta con credencial de gratuidad y/o seguro popular.

16. El resguardo de medicamentos y material de consumo será de la responsabilidad de la enfermera de la Unidad Móvil.

17. La Unidad Móvil deberá contar con un directorio de las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, de primer y segundo nivel de atención para la referencia de los derechohabientes o usuarios, así como con los documentos técnico - normativos oficiales, necesarios para el adecuado desarrollo de sus actividades.

18. Se entenderá por "Cédula de Detección de Riesgos" a las cédulas: para la Detección Integrada de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad; el Cuestionario de

Síntomas de Cáncer de Próstata (Detección de Cáncer Prostático); Consumo de Alcohol para Hombres y Mujeres y el Cuestionario Fagerström: Nicotina (Detección de Adicción al Tabaco).

19. La atención que brinde el personal de la Unidad Móvil, deberá ser con equidad, oportunidad y un alto sentido de humanismo.

20. Se entenderá como "Médico General" al responsable de la Unidad Móvil, el cual deberá estar registrado ante la COFEPRIS, como responsable sanitario de la Unidad Móvil.

21. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Para la atención médica especializada y la realización de estudios de colposcopía y mastografía en unidades móviles

Objetivo General:

Brindar atención médica de especialidad y realizar estudios de colposcopía y mastografía, a fin de prevenir o detectar de manera temprana el Cáncer Cérvico Uterino o de Mama respectivamente, así como referir a las derechohabientes o usuarias al nivel correspondiente, para que les realicen un tratamiento médico y/o quirúrgico oportuno con el propósito de restablecer su salud.

Descripción Narrativa:

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Derechohabiente o Usuaria	1	Acude a la Unidad Móvil y solicita atención médica.	5 min
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera de la Unidad Móvil)	2	Registra datos de la derechohabiente o usuaria en libreta de control correspondiente y requisita en el formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6) sus datos.	5 min.
	3	Identifica tipo de estudio que solicita la derechohabiente o usuaria para canalizarla a la sección correspondiente	5 min.
		¿Solicita estudio de Colposcopía o Mastografía?	
		Estudio de Colposcopía	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Toma signos vitales, peso, talla, indica a la derechohabiente o usuaria pase a la Sección de Colposcopía, notifica al Médico Ginecólogo y le entrega el formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6).	5 min.
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico Ginecolólogo de la Unidad Móvil)	5	Recibe a la derechohabiente o usuaria y formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), inicia interrogatorio y aplica el formato "Referencia y Registro Nominal de Pacientes con Lesión Precursora y Cáncer Cérvico Uterino", realiza exploración física ginecológica, establece diagnóstico.	10 min.
		¿La derechohabiente o usuaria cubre los requisitos para realizar la Colposcopía?	
		NO	
	6	Da indicaciones médicas, complementa requisitado del formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6) entrega el original a la derechohabiente o usuaria para su transferencia de acuerdo al diagnóstico a un Centro de Salud o Unidad de Segundo Nivel de Atención, archiva copia y registra la atención en el formato "Hoja Diaria de Consulta Externa" (SIS-SS-01-P).	5 min.
		(Conecta con el fin del procedimiento)	
		SÍ	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	7	Realiza estudio de Colposcopía, establece diagnóstico y proporciona tratamiento a través de electrocirugía, criocirugía o eletrofulguración y de ser necesario toma muestra para estudio citológico o histopatológico y requisita formato "Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical".	15 min.
	8	Complementa requisitado del formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), entrega el original a la derechohabiente o usuaria para su transferencia de acuerdo al diagnóstico a un Centro de Salud o Unidad de Segundo Nivel de Atención, y al médico general las muestras para los estudios citológicos y/o histopatológicos junto con el formato "Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical", para su estudio.	5 min.
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico General de la Unidad Móvil)	9	Recibe estudios citológicos y/o histopatológicos y formato "Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical" y los entrega al Director del Hospital Sede y registra la atención en el formato "Hoja Diaria de Consulta Externa" (SIS-SS-01-P).	20 min.
		(Conecta con el fin del procedimiento)	
		Estudio de Mastografía	
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera de la Unidad Móvil)	10	Toma signos vitales, peso, talla, indica a la derechohabiente o usuaria pase con el médico general y le entrega el formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6).	10 min.

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico General de la Unidad Móvil)	11	Recibe a la derechohabiente o usuaria y el formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), aplica "Cédula Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama" (Estudio de Detección) y decide	10 min.
		¿Cumple con el criterio de tener 40 años de edad para estudio de mastografía?	
		NO	
	12	Complementa requisitado del formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), entrega el original a la derechohabiente o usuaria para su transferencia de acuerdo al diagnóstico a Centro de Salud o Unidad de Segundo Nivel de Atención, archiva copia y registra la atención en el formato "Hoja Diaria de Consulta Externa" (SIS-SS-01-P).	10 min.
		(Conecta con el fin del procedimiento)	
		Sí	
	13	Solicita al Técnico Radiólogo estudio de mastografía, la entrega a la derechohabiente o usuaria e indica pase a la Sección de Rayos X y avisa al técnico radiólogo	5 min.

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Técnico Radiólogo de la Unidad Móvil)	14	Recibe a la derechohabiente o usuaria, registra sus datos en libreta de control, realiza estudio, le indica pase con el médico y entrega las placas radiológicas al responsable de la Unidad Móvil para su interpretación.	30 min.
Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico General de la Unidad Móvil)	15	Recibe placas radiológicas y a la derechohabiente o usuaria, complementa requisitado del formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), le entrega el original para su referencia a un Centro de Salud o Unidad de Segundo Nivel de Atención, de acuerdo a la presunción diagnóstica y archiva copia.	10 min.
	16	Indica a la derechohabiente o usuaria que antes de acudir al Centro de Salud o Unidad de Segundo Nivel de Atención, debe pasar ya sea al Hospital Sede, según corresponda, a recoger los resultados de su estudio de mastografía, la despide y registra la atención en el formato "Hoja Diaria de Consulta Externa" (SIS-SS-01-P).	5 min.
	17	Entrega al Director del Hospital sede las placas radiográficas para su interpretación y diagnóstico en el hospital asignado.	15 min.
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 3 horas

Aspectos a considerar:

1. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias es el responsable de que se otorgue atención médica especializada y la realización de estudios de colposcopía y mastografía en unidades móviles, en seguimiento a lo establecido en el Artículo 65 del

Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

2. El Subdirector de Instrumentación de Proyectos es el encargado de garantizar y supervisar la aplicación de este procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Director de la Unidad Hospitalaria es el responsable de verificar que la operación de la Unidad Móvil se lleve a cabo en tiempo y forma con el equipo de salud completo.
5. El Director de la Unidad Hospitalaria sede, será el responsable de enviar al Hospital General Iztapalapa, al de Especialidades de la Cd. De México Dr. Belisario Domínguez o al Hospital Materno Infantil Inguarán, según corresponda, las placas radiológicas de las derechohabientes o usuarias para su interpretación y diagnóstico.
6. El Médico General será el responsable del resguardo y entrega de los estudios de mastografía al Director del Hospital sede.
7. El Médico Ginecólogo será el responsable del resguardo y entrega de los especímenes al Responsable de la Unidad Móvil y éste a su vez al Director del Hospital sede.
8. El Médico General responsable de la Unidad Móvil, deberá estar registrado ante la COFEPRIS, como responsable sanitario de la Unidad Móvil.
9. El Médico General será responsable de elaborar el informe mensual de las actividades desarrolladas por el personal de la Unidad Móvil y de su entrega al Director del Hospital sede, el día veinticinco de cada mes
10. La supervisión del procedimiento quedará a cargo del grupo supervisor de nivel central, quién podrá proponer ajustes para un mejor desarrollo de las actividades.
11. La Enfermera de la Unidad Móvil deberá elaborar por semana la solicitud de medicamentos, material de consumo y papelería con el visto bueno del médico responsable de la Unidad Móvil, mismo que será surtida por el almacén de la Unidad Hospitalaria sede, previa autorización del Subdirector ó JUD Administrativo.
12. La Enfermera de la Unidad Móvil es la responsable del resguardo de medicamentos y material de consumo.
13. Será responsabilidad del Técnico Radiólogo el cuidado, la conservación y el buen uso del equipo de mastografía.
14. El Técnico Radiólogo deberá elaborar el informe mensual de las actividades desarrolladas en el gabinete radiológico de la Unidad Móvil y de su entrega al

Médico General responsable de la Unidad.

15. Los resultados de estudios de colposcopía y Mastografía, deberán de ser registrados en las Libretas de Control correspondientes.

16. La Unidad Móvil deberá contar con un directorio de las Unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, de primer y segundo nivel de atención para la referencia de los derechohabiente o usuarios, así como con los documentos técnico - normativos oficiales, necesarios para el adecuado desarrollo de sus actividades.

17. La atención que brinde el personal de la Unidad Móvil, deberá ser con equidad, oportunidad y un alto sentido de humanismo.

18. Se entenderá como "Médico General" al responsable de la Unidad Móvil, el cual deberá estar registrado ante la COFEPRIS, como responsable sanitario de la Unidad Móvil.

19. Se entenderá como "Hospital Sede" al Hospital General Iztapalapa, al de Especialidades de la Cd. De México Dr. Belisario Domínguez y al Hospital Materno Infantil Inguarán, encargados de procesar las muestras para los estudios citológicos y/o histopatológicos solicitados a través del formato "Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical", para su estudio.

20. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Evaluación de la supervisión operativa a las unidades hospitalarias.

Objetivo General:

Evaluar la supervisión operativa a las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, de acuerdo con las políticas y estrategias emitidas por el Director de Atención Hospitalaria, para conocer la situación en la que se encuentran operando, identificar la problemática existente y establecer la coordinación necesaria con las unidades o áreas administrativas correspondientes, que permita solucionar la problemática detectada en cada una de las supervisiones, para coadyuvar a la mejoría en la calidad de la atención médica en todos los hospitales de la red.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Coordinador de Servicios Hospitalarios	1	Recibe del Director de Atención Hospitalaria las políticas y estrategias para llevar a cabo la evaluación de la supervisión a las unidades hospitalarias.	1 día
	2	Indica al Subdirector de Operación Hospitalaria la elaboración del programa de supervisión a las unidades hospitalarias.	1 día
Subdirector de Operación Hospitalaria	3	Recibe la indicación, elabora el programa de supervisión y lo presenta al Coordinador de Servicios Hospitalarios para su revisión.	5 días
Coordinador de Servicios Hospitalarios	4	Recibe el programa de supervisión, lo revisa y analiza.	3 días
		¿Aprueba el programa de supervisión?	
		NO	
	5	Emite observaciones e indicaciones y entrega el programa de supervisión para su modificación al Subdirector de Operación Hospitalaria.	2 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Operación Hospitalaria	6	Recibe el programa, realiza las modificaciones de acuerdo con lo indicado y lo remite a la Coordinador de Servicios Hospitalarios para su aprobación.	2 días
		(Conecta con la actividad 4)	
		SÍ	
Coordinador de Servicios Hospitalarios	7	Aprueba el programa de supervisión, tramita su autorización con el Director de Atención Hospitalaria e indica al Subdirector de Operación Hospitalaria el inicio de su operación en las unidades hospitalarias y la integración del equipo supervisor.	1 día
Subdirector de Operación Hospitalaria	8	Recibe la indicación, convoca a reunión a las diferentes áreas dependientes de la Dirección de Atención Hospitalaria, acuerda en forma conjunta la integración del equipo supervisor y el inicio de las actividades de supervisión y proporciona las bases metodológicas y el programa a utilizar en la supervisión.	5 días
	9	Elabora y entrega el análisis del informe realizado al finalizar la supervisión de cada unidad hospitalaria, al Coordinador de Servicios Hospitalarios para su evaluación.	1 día
Coordinador de Servicios Hospitalarios	10	Recibe el análisis del informe de supervisión por unidad hospitalaria y evalúa los resultados de acuerdo con las políticas y estrategias establecidas.	3 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	11	Informa mediante oficio al Director de Atención Hospitalaria sobre los resultados de la evaluación y establece coordinación con las áreas administrativas correspondientes de la Secretaría de Salud para la solución de la problemática detectada.	5 días
	12	Indica al Subdirector de Operación Hospitalaria que realice el Programa de Seguimiento de Supervisión a las unidades hospitalarias, para corroborar el avance en el cumplimiento de los compromisos establecidos.	1 día
Subdirector de Operación Hospitalaria	13	Elabora el Programa de Seguimiento de Supervisión y solicita su aplicación al Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control y mantiene informado al Coordinador de Servicios Hospitalarios sobre los avances logrados.	3 días
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 33 días

Aspectos a Considerar:

1. El Coordinador de Servicios Hospitalarios es el responsable de la evaluación de la supervisión operativa a las unidades hospitalarias, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Coordinador de Servicios Hospitalarios es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. Es responsabilidad del Coordinador de Servicios Hospitalarios la evaluación del proceso de supervisión, coordinado por el Subdirector de Operación Hospitalaria y apoyado por el Subdirector de Instrumentación de Proyectos.

5. El Coordinador de Servicios Hospitalarios evaluará la supervisión de los programas cuyo objeto consista en brindar atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas.

6. El Coordinador de Servicios Hospitalarios evaluará la supervisión de los programas en materia de prevención y detección oportuna de enfermedades, tales como transtornos alimenticios, diabetes mellitus, hipertensión arterial, salud mental, salud sexual y reproductiva, VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS), planificación familiar, farmacodependencia, salud visual, salud auditiva, genoma humano, rehabilitación y cuidados paliativos, así como la atención prioritaria en la realización de trámites y la prestación de servicios, dirigidos a las personas con discapacidad y en situación de vulnerabilidad.

7. El Coordinador de Servicios Hospitalarios dará seguimiento a la aplicación de los procedimientos, guías de atención y normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de los servicios de salud.

8. El Subdirector de Operación Hospitalaria es responsable de la elaboración del Programa de Supervisión Integrada y de vigilar la operación del mismo a través del titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control.

9. Los jefes de unidad departamental dependientes de las subdirecciones de Operación Hospitalaria y de Instrumentación de Proyectos deberán elaborar sus instrumentos de supervisión necesarios para llevar a cabo la supervisión de acuerdo con su área y ámbito de responsabilidad.

10. Se entenderá por "Equipo Supervisor" al integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las jefaturas de unidad departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias.

11. Es responsabilidad del titular de la Coordinación de Servicios Hospitalarios evaluar el informe de supervisión integrado y realizado por el Subdirector de Operación Hospitalaria y de establecer las coordinaciones internas con las diferentes áreas técnicas y administrativas para proponer la solución a la problemática detectada en cada unidad hospitalaria supervisada, de acuerdo con su ámbito de competencia.

12. Es responsabilidad de las Subdirecciones de Operación Hospitalaria y de Instrumentación de Proyectos entregar por escrito el análisis de los resultados de la supervisión en cada una de sus áreas.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Coordinación para la resolución de quejas médicas presentadas ante instituciones relacionadas con servicios médicos.

Objetivo General:

Coordinar la resolución de las quejas médicas presentadas ante instituciones relacionadas con servicios médicos y que fueron generadas en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, a fin de dar solución a las mismas, mejorar la calidad de la atención y preservar la imagen de la institución.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Coordinador de Servicios Hospitalarios	1	Recibe del Director de Atención Hospitalaria quejas médicas procedentes de Instituciones Relacionadas con Servicios Médicos, así como instrucciones para que coordine el proceso de resolución de las mismas.	1 día
	2	Revisa y analiza las quejas médicas, detecta problemática de atención médica otorgada y establece acciones a seguir para la resolución de las mismas.	3 días
	3	Entrega quejas médicas al Subdirector de Operación Hospitalaria y le da indicaciones para que realice la resolución de las mismas.	1 día
Subdirector de Operación Hospitalaria	4	Recibe quejas médicas e indicaciones, las revisa y solicita a la unidad hospitalaria correspondiente, copia del expediente y resumen clínico del caso que originó la queja.	3 días
	5	Recibe documentación solicitada, elabora el análisis clínico del caso y lo turna junto con la copia del expediente al Coordinador de Servicios Hospitalarios para su visto bueno.	1 día

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Coordinador de Servicios Hospitalarios	6	Recibe copia del expediente y el análisis clínico del caso, lo revisa y analiza, otorga visto bueno y lo remite al Director de Atención Hospitalaria para su aprobación y autorización.	3 días
Director de Atención Hospitalaria	7	Recibe copia del expediente y el análisis clínico del caso, lo revisa y decide.	1 día
		¿Está bien integrado el análisis clínico del caso?	
		NO	
	8	Emite comentarios y observaciones y lo remite al Coordinador de Servicios Hospitalarios para su corrección.	2 días
Coordinador de Servicios Hospitalarios	9	Recibe análisis clínico del caso con comentarios y observaciones, realiza correcciones y lo remite al Director de Atención Hospitalaria para su revisión.	3 días
		(Conecta con la actividad 7)	
		SÍ	
Director de Atención Hospitalaria	10	Aprueba análisis clínico del caso, tramita su autorización con el Director General de Servicios Médicos y Urgencias y lo entrega al Coordinador de Servicios Hospitalarios para su atención.	2 días
Coordinador de Servicios Hospitalarios	11	Recibe análisis clínico del caso autorizado y lo entrega, junto con la copia del expediente, al Subdirector Operación Hospitalaria para su envío y atención.	2 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Operación Hospitalaria	12	Recibe copia del expediente y análisis clínico del caso autorizado, los remite a la institución correspondiente, realiza los trámites necesarios para la resolución de la queja, o en su caso, elabora informe del seguimiento de la solución de la misma.	3 días
	13	Notifica al Coordinador de Servicios Hospitalarios que se mantienen a salvo los derechos de la institución o, en su caso, entrega informe del seguimiento de la solución médica, archiva queja, copia del informe del seguimiento y del expediente clínico.	2 días
Coordinador de Servicios Hospitalarios	14	Recibe notificación o, en su caso, informe del seguimiento de la solución de la queja médica e informa al Director de Atención Hospitalaria.	1 día
		Fin del Procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 28 días

Aspectos a Considerar:

1. El Coordinador de Servicios Hospitalarios es el responsable de la coordinación para la resolución de quejas médicas presentadas ante instituciones relacionadas con servicios médicos, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Coordinador de Servicios Hospitalarios es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. Es responsabilidad del titular de la Coordinación de Servicios Hospitalarios verificar la resolución de las quejas médicas presentadas ante instituciones relacionadas con servicios médicos.
5. Es responsabilidad del titular de la Coordinación de Servicios Hospitalarios tramitar la autorización del análisis clínico del caso que originó la queja médica en cuestión, a fin de que éste sea remitido a la institución correspondiente.

6. El Coordinador de Servicios Hospitalarios proporcionará la información pertinente de manera inmediata para su entrega a la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, a fin de atender las solicitudes, quejas y denuncias en la materia

7. Se entenderá por "Instituciones Relacionadas con Servicios Médicos" a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y a la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Autorizó

Dr. Edgar Vinicio Mondragón Armijo
Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Coordinación de la supervisión del proceso de atención médica a las unidades hospitalarias.

Objetivo General:

Coordinar la supervisión de la atención médica a las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud para conocer la situación en la que se encuentran operando, identificar la problemática existente y establecer mecanismos correctivos que coadyuven a mejorar la calidad de los servicios de salud.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Operación Hospitalaria	1	Recibe indicaciones del Coordinador de Servicios Hospitalarios para coordinar la supervisión operativa a las unidades hospitalarias.	1 hora
	2	Indica a la Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control, elabore programa de supervisión operativa a las unidades hospitalarias e integre la Guía de Supervisión Integral.	30 minutos
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	3	Recibe indicaciones y elabora el programa de supervisión operativa, así como Guía de Supervisión Integral.	5 días
	4	Entrega documentos al Subdirector de Operación Hospitalaria para visto bueno y autorización.	15 minutos
Subdirector de Operación Hospitalaria	5	Recibe documentos, los revisa y analiza.	30 minutos
		¿Aprueba documentos?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	6	Entrega al Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control los documentos para que realice las modificaciones necesarias.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	7	Recibe documentos, los revisa, realiza modificaciones y los entrega al Subdirector de Operación Hospitalaria para su visto bueno.	1 día
		(Conecta con la actividad 5)	
		SÍ	
Subdirector de Operación Hospitalaria	8	Otorga visto bueno, tramita su aprobación y autorización ante el Coordinador de Servicios Hospitalarios y el Director de Atención Hospitalaria, respectivamente.	1 hora
	9	Integra al Equipo Supervisor, les proporciona las bases metodológicas del proceso, y les da indicaciones sobre el programa y objetivos del proceso de supervisión.	1 día
	10	Entrega documentos autorizados al Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control para su aplicación.	30 minutos
Jefe de Unidad Departamental Supervisión y Control	11	Recibe documentos autorizados e indicaciones del Subdirector de Operación Hospitalaria y realiza supervisión conjuntamente con el Equipo Supervisor, informa a las autoridades del hospital la problemática detectada y establece compromisos con las mismas.	1 día

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	12	Elabora informe integral pormenorizado de los resultados obtenidos y las metas alcanzadas en la unidad hospitalaria supervisada y lo entrega al Subdirector de Operación Hospitalaria.	1 hora
Subdirector de Operación Hospitalaria	13	Recibe el informe, lo revisa y decide.	1 hora
		¿Está bien integrado el informe?	
		NO	
	14	Emite comentarios y observaciones y lo remite al Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control para su corrección.	2 días
Jefe de Unidad Departamental Supervisión y Control	15	Recibe informe integral pormenorizado con comentarios y observaciones, realiza correcciones y lo remite al Subdirector de Operación Hospitalaria para su revisión.	1 día
		(Conecta con la actividad 13)	
		SÍ	
Subdirector de Operación Hospitalaria	16	Acepta informe integral pormenorizado y lo entrega al Coordinador de Servicios Hospitalarios para su conocimiento y toma de decisiones, así como al titular de la dirección de la unidad hospitalaria supervisada para su conocimiento y seguimiento.	1 día
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 14 días

Aspectos a Considerar:

1. El Subdirector de Operación Hospitalaria es el responsable de coordinar la supervisión de la atención médica en las unidades hospitalarias, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Subdirector de Operación Hospitalaria es el responsable de la aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. Es responsabilidad del titular de la Subdirección de Operación Hospitalaria coordinar la supervisión operativa a las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.
5. El Subdirector de Operación Hospitalaria coordinará la supervisión de los programas cuyo objeto consista en brindar atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas.
6. El Subdirector de Operación Hospitalaria coordinará la supervisión de los programas en materia de prevención y detección oportuna de enfermedades, tales como transtornos alimenticios, diabetes mellitus, hipertensión arterial, salud mental, salud sexual y reproductiva, VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS), planificación familiar, farmacodependencia, salud visual, salud auditiva, genoma humano, rehabilitación y cuidados paliativos, así como la atención prioritaria en la realización de trámites y la prestación de servicios, dirigidos a las personas con discapacidad y en situación de vulnerabilidad.
7. El Subdirector de Operación Hospitalaria supervisará que la prestación de servicios de salud en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, se realice atendiendo a las leyes, reglamentos, normas oficiales mexicanas y demás normatividad aplicable.
8. Es responsabilidad del titular de la Subdirección de Operación Hospitalaria realizar los trámites administrativos necesarios para proporcionar los apoyos logísticos al Equipo Supervisor, de acuerdo a la programación establecida de supervisión a las unidades hospitalarias.
9. Es responsabilidad del titular de la Subdirección de Operación Hospitalaria verificar que el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control elabore el programa de supervisión operativa a las unidades hospitalarias e integre la guía de supervisión integral.
10. El titular de la Subdirección de Operación Hospitalaria deberá informar al titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y al Equipo Supervisor, los objetivos y metas de la supervisión y deberá comunicar éstos al titular de la dirección

de la unidad hospitalaria, solicitándole que estén presentes los responsables de cada una de las áreas y servicios.

11. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá entregar al Subdirector de Operación Hospitalaria un informe integral pormenorizado de los resultados de la supervisión y las metas alcanzadas por cada unidad hospitalaria supervisada.

12. Es responsabilidad del titular de la Subdirección de Operación Hospitalaria que al término del análisis, entregue el informe a la Coordinación de Servicios Hospitalarios, con copia al Director de Atención Hospitalaria y a las autoridades del hospital sobre la situación encontrada, la problemática detectada y los compromisos adquiridos por las diferentes autoridades para la corrección de las desviaciones u omisiones encontradas durante el desarrollo de los procesos.

13. Es de carácter obligatorio que el Subdirector de Operación Hospitalaria verifique el cumplimiento de los compromisos adquiridos al realizar la supervisión de seguimiento.

14. Se entenderá por "Equipo Supervisor" al integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y por los representantes de cada una de las jefaturas de unidad departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias.

15. Se entenderá por "Jefaturas de Unidad Departamental" las adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, las cuales deberán asignar a un representante para que se integre al Equipo Supervisor, con el fin de dar seguimiento a los acuerdos contraídos en las visitas de supervisión integral.

Autorizó

Dra. Martha Eugenia Damacio Gutiérrez
Subdirectora de Operación Hospitalaria

Nombre del Procedimiento:

Control de la productividad de las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

Objetivo General:

Controlar la productividad de las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud a través del análisis del avance programático y de indicadores de resultados, a fin de conocer el desempeño de las mismas y, en su caso, coadyuvar a mejorar su desempeño.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Operación Hospitalaria	1	Recibe de los titulares de las unidades hospitalarias informes en el formato "Avance Programático–Indicadores de Resultados" (AP-IR) y los entrega a la Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control, para su revisión.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	2	Recibe informes del avance programático e indicadores de resultados, los revisa, analiza, detecta desviaciones en las metas programadas, elabora informe de las mismas y lo entrega junto con los informes enviados por las unidades hospitalarias al Subdirector de Operación Hospitalaria, para su revisión y análisis.	5 días
Subdirector de Operación Hospitalaria	3	Recibe informe junto con los documentos de las unidades hospitalarias, los analiza y verifica el avance de resultados conforme a las metas programadas.	2 días
		¿Existe discrepancia entre resultados y metas programadas?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Elabora informe y concentrado trimestral del avance programático y de indicadores de resultados por cada unidad hospitalaria y lo entrega al Coordinador de Servicios Hospitalarios, archiva acuse de recibido.	3 días
		(Conecta con la actividad 9)	
		SI	
	5	Analiza conjuntamente con el Director del Hospital correspondiente, el informe y las causas de las desviaciones en la productividad hospitalaria, plantea alternativas de solución para mejorar la productividad y establece compromisos para su atención.	1 día
	6	Indica al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control dar seguimiento a la aplicación de las medidas correctivas para alcanzar las metas programadas en las unidades hospitalarias correspondientes.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	7	Recibe indicaciones y se presenta en el hospital indicado, realiza el seguimiento correspondiente, elabora informe de los avances y lo entrega al Subdirector de Operación Hospitalaria.	1 día
Subdirector de Operación Hospitalaria	8	Recibe, revisa y analiza información sobre el seguimiento correspondiente, elabora informe y concentrado trimestral del avance programático y de indicadores de resultados por cada unidad hospitalaria y lo entrega al Coordinador de Servicios Hospitalarios, archiva acuse de recibido.	3 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Coordinador de Servicios Hospitalarios	9	Recibe y revisa informe, realiza análisis y lo entrega junto con observaciones, a la Director de Atención Hospitalaria para su conocimiento y entrega copia al Director General de Servicios Médicos y Urgencias.	2 días
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 19 días

Aspectos a Considerar:

1. El Subdirector de Operación Hospitalaria es el responsable del control de la productividad de las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Subdirector de Operación Hospitalaria es el responsable de verificar el cumplimiento del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de carácter obligatorio para el personal involucrado en el mismo.
4. Es responsabilidad del titular de la Subdirección de Operación Hospitalaria evaluar la productividad y desempeño en la atención médica de las unidades hospitalarias, mediante el análisis del avance programático y de indicadores de resultados por hospital.
5. Es responsabilidad de los titulares de la dirección de las unidades hospitalarias enviar en los primeros cinco días de cada mes, el informe del avance programático e indicadores de resultados al Subdirector de Operación Hospitalaria.
6. El informe del avance programático e indicadores de resultados que entreguen los directores de las unidades hospitalarias al Subdirector de Operación Hospitalaria, deberá presentarse en el formato "Avance Programático–Indicadores de Resultados" (AP-IR) establecido para tal fin.
7. La información contenida en el formato "Avance Programático–Indicadores de Resultados" (AP-IR), deberá coincidir con la información estadística reportada al Director de Información en Salud, a través de los diferentes programas de información en salud, como por ejemplo:
   a. El Sistema Automatizado de Urgencias Médicas (SAUM).

b. El Subsistema de Prestación de Servicios (SIS).

c. Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), entre otros.

8. El titular de la Subdirección de Operación Hospitalaria es responsable de elaborar el informe trimestral del avance programático e indicadores de resultados de cada una de las unidades hospitalarias y entregarlo a la Coordinación de Servicios Hospitalarios para su evaluación.

9. Es responsabilidad del titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control elaborar e integrar el informe de las desviaciones observadas en el avance programático y en los indicadores de resultados de las unidades hospitalarias.

10. Los titulares de la dirección de las unidades hospitalarias deberán presentarse en la Subdirección de Operación Hospitalaria cuando se les requiera, a fin de revisar el informe del avance programático y de indicadores de resultados del hospital a su cargo e identificar las causas por las cuales no se alcanzaron las metas programadas y definir estrategias para mejorar la productividad.

11. El Subdirector de Operación Hospitalaria es el responsable de verificar el seguimiento de la aplicación de las medidas correctivas para elevar la productividad en los hospitales que así lo requieran.

Autorizó

Dra. Martha Eugenia Damacio Gutiérrez

Subdirectora de Operación Hospitalaria

Nombre del Procedimiento:

Atención de quejas médicas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Objetivo General:

Atender en tiempo y forma las quejas médicas reportadas por los derechohabientes o usuarios a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que deriven de la calidad de la atención médica proporcionada en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, con el propósito de dar solución a dichas quejas, mejorar la calidad de la atención y preservar la imagen institucional.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Operación Hospitalaria	1	Recibe del Coordinador de Servicios Hospitalarios queja médica procedente de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, e indicaciones para la atención de la misma.	1 día
	2	Revisa la queja, verifica su procedencia y solicita, mediante oficio copia del expediente y resumen clínico del caso, al Director de la Unidad Hospitalaria en la que se proporcionó la atención médica que originó la queja.	1 día
Director de Unidad Hospitalaria	3	Recibe solicitud, prepara copia del expediente y resumen clínico del caso y los remite al Subdirector de Operación Hospitalaria.	4 días
Subdirector de Operación Hospitalaria	4	Recibe copia del expediente y resumen clínico del caso y mediante oficio, convoca a reunión a tres médicos especialistas de acuerdo con el tipo de queja.	1 día

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	5	Coordina el día de la reunión el desarrollo de la misma, analiza la calidad de la atención médica brindada con relación a la queja, elabora el análisis clínico del caso y lo turna junto con expediente al Coordinador de Servicios Hospitalarios para su visto bueno.	1 día
Coordinador de Servicios Hospitalarios	6	Recibe copia del expediente y análisis clínico del caso, lo revisa, analiza y decide.	2 días
		¿Es consistente el análisis clínico del caso?	
		NO	
	7	Realiza comentarios y entrega documentos al Subdirector de Operación Hospitalaria, para que se realicen las correcciones al análisis clínico del caso.	1 día
Subdirector de Operación Hospitalaria	8	Recibe comentarios, copia del expediente y análisis clínico del caso, realiza las correcciones sugeridas y lo remite al Coordinador de Servicios Hospitalarios, para su visto bueno.	2 días
		(Conecta con la actividad 6)	
		SÍ	
Coordinador de Servicios Hospitalarios	9	Otorga visto bueno y tramita su aprobación y autorización ante el Director de Atención Hospitalaria y el Director General de Servicios Médicos y Urgencias, respectivamente, lo entrega al Subdirector de Operación Hospitalaria para su envío y atención.	2 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Operación Hospitalaria	10	Recibe copia del expediente y análisis clínico del caso autorizado y los remite mediante oficio signado por el Director General de Servicios Médicos y Urgencias, a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, archiva acuse de recibido y espera respuesta.	1 día
	11	Convoca a reunión al director de la unidad hospitalaria y a los médicos involucrados en la atención médica del caso, celebra la reunión, delimita responsabilidades y establece acuerdos pertinentes y conducta a seguir.	2 días
	12	Recibe de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, oficio con la fecha de la audiencia, le informa al director de la unidad hospitalaria y médicos involucrados, así como al Director Jurídico de la Secretaría de Salud, lugar, día y hora de la audiencia, para su presentación.	2 días
	13	Acude con el director de la unidad hospitalaria, médicos involucrados y representante de la Dirección Jurídica, a la audiencia en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.	1 día
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	14	Recibe a los involucrados en el caso, designa personal y conjuntamente revisan y analizan la queja médica y el análisis clínico del caso y deciden.	1 día
		¿Se concilió la queja médica?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	15	Elabora acta de audiencia, establecen compromisos para la solución de la queja, firman el acta de asistentes y solicita al Subdirector de Operación Hospitalaria, realice el seguimiento de dichos compromisos hasta la satisfacción del quejoso y le entrega copia del acta de audiencia.	1 día
Subdirector de Operación Hospitalaria	16	Realiza seguimiento de los compromisos establecidos hasta su solución, elabora informe de seguimiento y envía original a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico mediante oficio signado por el Director General de Servicios Médicos y Urgencias y copia al Coordinador de Servicios Hospitalarios para su conocimiento. Archiva queja médica, copia del informe de seguimiento y del expediente clínico.	2 días
		(Conecta con el fin del procedimiento)	
		SÍ	
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	17	Notifica al Subdirector de Operación Hospitalaria que se mantienen a salvo los derechos de la institución, se concluye la audiencia y le entrega copia del acta firmada por los asistentes.	1 día
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 26 días

Aspectos a Considerar:

1. El Subdirector de Operación Hospitalaria es el responsable de la atención de quejas médicas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

2. El Subdirector de Operación Hospitalaria es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. Es responsabilidad del titular de la Subdirección de Operación Hospitalaria atender y dar seguimiento hasta la resolución de las quejas médicas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).
5. Es responsabilidad del titular de la Subdirección de Operación Hospitalaria, elaborar el análisis clínico del caso que originó la queja en cuestión y remitirlo a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).
6. Se entenderá por "Médicos Especialistas" a los médicos especialistas expertos en la materia, adscritos a la Secretaría de Salud, pero que no pertenecen a la unidad hospitalaria involucrada en la queja médica.

Autorizó

Dra. Martha Eugenia Damacio Gutiérrez
Subdirectora de Operación Hospitalaria

Nombre del Procedimiento:

Atención de quejas médicas presentadas ante la Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal.

Objetivo General:

Atender en tiempo y forma las quejas médicas reportadas por derechohabientes o usuarios a la Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal, que deriven de la calidad de la atención médica proporcionada en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, con el propósito de dar solución a dichas quejas, mejorar la calidad de la atención y preservar la imagen institucional.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Operación Hospitalaria	1	Recibe del Coordinador de Servicios Hospitalarios queja médica procedente de la Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal e indicaciones para la atención de la misma.	1 día
	2	Revisa la queja, verifica su procedencia y solicita mediante oficio, copia del expediente y resumen clínico del caso, al Director de la Unidad Hospitalaria en la que se proporcionó la atención médica que originó la queja.	1 día
Director de Unidad Hospitalaria	3	Recibe solicitud, prepara copia del expediente y resumen clínico del caso y los remite al Subdirector de Operación Hospitalaria.	4 días
Subdirector de Operación Hospitalaria	4	Recibe copia del expediente y resumen clínico del caso y mediante oficio convoca a reunión a tres médicos especialistas de acuerdo con el tipo de queja.	1 día

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	5	Coordina el día de la reunión, el desarrollo de la misma, analiza la calidad de la atención médica brindada con relación a la queja, elabora el análisis clínico del caso y lo turna junto con expediente al Coordinador de Servicios Hospitalarios para su visto bueno.	1 día
Coordinador de Servicios Hospitalarios	6	Recibe copia del expediente y análisis clínico del caso, lo revisa, analiza y decide.	2 días
		¿Es consistente el análisis clínico del caso?	
		NO	
	7	Realiza comentarios y entrega documentos al Subdirector de Instrumentación de Apoyo, para que se realicen las correcciones al análisis clínico del caso.	1 día
Subdirector de Operación Hospitalaria	8	Recibe comentarios, copia del expediente y análisis clínico del caso, realiza las correcciones sugeridas y los remite al Coordinador de Servicios Hospitalarios, para su visto bueno.	4 días
		(Conecta con la actividad 6)	
		SÍ	
Coordinador de Servicios Hospitalarios	9	Otorga visto bueno y tramita su aprobación y autorización ante el Director de Atención Hospitalaria y al Director General de Servicios Médicos y Urgencias, respectivamente, y lo entrega al Subdirector de Operación Hospitalaria para su envío y atención.	2 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Operación Hospitalaria	10	Recibe copia del expediente y análisis clínico del caso autorizado y los remite mediante oficio signado por el Director General de Servicios Médicos y Urgencias, a la Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal, archiva acuse de recibido y espera respuesta.	1 día
Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal	11	Recibe copia del expediente y análisis clínico del caso, lo revisa, analiza y decide.	1 día
		¿Aprueba el análisis clínico del caso?	
		NO	
	12	Solicita al Director General de Servicios Médicos y Urgencias información específica del análisis clínico del caso en cuestión.	4 días
Director General de Servicios Médicos y Urgencias	13	Recibe solicitud, indica al Subdirector de Operación Hospitalaria para que prepare la documentación requerida, y la remite a la Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal.	4 días
		(Conecta con la actividad 11)	
		SÍ	
Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal	14	Emite recomendaciones para su aplicación y seguimiento y las entrega al Director General de Servicios Médicos y Urgencias para su atención, posteriormente informa al quejoso la resolución de su queja.	5 días
Director General de Servicios Médicos y Urgencias	15	Recibe y revisa recomendaciones y las envía al Subdirector de Operación Hospitalaria para su atención.	2 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Operación Hospitalaria	16	Recibe y revisa recomendaciones, las envía al Director de la unidad hospitalaria correspondiente para su atención y realiza seguimiento del cumplimiento de las mismas.	1 día
	17	Elabora informe final del cumplimiento de las recomendaciones y envía original a la Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal, para su verificación y entrega copia al Coordinador de Servicios Hospitalarios para su conocimiento.	1 día
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 36 días

Aspectos a Considerar:

1. El Subdirector de Operación Hospitalaria es el responsable de la atención de quejas médicas presentadas ante la Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
3. Es responsabilidad del Subdirector de Operación Hospitalaria, atender y dar seguimiento hasta la resolución de las quejas presentadas ante la Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal.
4. Es responsabilidad del titular del Subdirector de Operación Hospitalaria, elaborar el análisis clínico del caso que originó la queja en cuestión y remitirlo a la Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal.
5. El Subdirector de Operación Hospitalaria integrará la información pertinente de manera inmediata para su entrega al Directo de Atención Hospitalaria a fin de atender las solicitudes, quejas y denuncias en materia de derechos humanos.

6. Se entenderá por "Médicos Especialistas" a los médicos especialistas expertos en la materia, adscritos a la Secretaría de Salud, pero que no pertenecen a la unidad hospitalaria involucrada en la queja médica.

Autorizó

Dra. Martha Eugenia Damacio Gutiérrez
Subdirectora de Operación Hospitalaria

Nombre del Procedimiento:

Coordinación de la supervisión integral de la atención médica y servicios auxiliares en las unidades hospitalarias.

Objetivo General:

Coordinar la supervisión integral, programada y extraordinaria de la atención médica y servicios auxiliares en las unidades hospitalarias, con el apoyo de un equipo de supervisión, a fin de contribuir en la mejora de los servicios otorgados a la población derechohabiente o usuaria de la Secretaría de Salud.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	1	Elabora oficio con la autorización del Subdirector de Operación Hospitalaria para que los titulares de las Jefaturas de Unidad Departamental formen parte del Equipo Supervisor y les informa de los objetivos y metas de las visitas de supervisión integral a realizar.	5 días
	2	Acude junto con el Equipo Supervisor, el día y fecha programadas a la unidad hospitalaria y se presenta con el titular de la dirección y los responsables de servicio correspondientes.	1 día
	3	Inicia la visita con el levantamiento de la minuta de la reunión en original y copia, mencionando nombres y cargos de los asistentes, así mismo se establecen los objetivos y metas.	1 día
Director de la Unidad Hospitalaria	4	Recibe al Equipo Supervisor y les da facilidades para que se realice la supervisión.	1 día

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Equipo Supervisor	5	Acude a las áreas y servicios correspondientes, aplica los instrumentos de supervisión en original y copia, otorga asesoría, establece compromisos y recaba firmas de conocimiento en ellos, e informa al titular del Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control de la conclusión de la supervisión.	3 días
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	6	Recibe comunicación del Equipo Supervisor, informa al director de la unidad hospitalaria de los resultados, acuerdan compromisos, concluye minuta de la reunión, entregándole copia de ésta y regresa junto con el equipo a su área de adscripción.	1 día
	7	Recibe de cada integrante del Equipo Supervisor, copia de los instrumentos de supervisión aplicados y del informe de la visita de supervisión.	5 días
	8	Elabora informe integral pormenorizado de los resultados obtenidos y las metas alcanzadas en la unidad hospitalaria supervisada y lo entrega al Subdirector de Operación Hospitalaria.	5 días
Subdirector de Operación Hospitalaria	9	Recibe el informe, lo revisa y decide.	1 día
		¿Está bien integrado el informe?	
		NO	
	10	Emite comentarios y observaciones y lo remite al Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control para su corrección.	1 día

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	11	Recibe informe integral pormenorizado con comentarios y observaciones, realiza correcciones y lo remite nuevamente al Subdirector de Operación Hospitalaria para su revisión.	2 días
		(Conecta con la actividad 9)	
		SÍ	
Subdirector de Operación Hospitalaria	12	Acepta informe integral pormenorizado y lo entrega al Coordinador de Servicios Hospitalarios para su conocimiento y toma de decisiones, así como al titular de la dirección de la unidad hospitalaria supervisada para su conocimiento y seguimiento.	1 día
		Fin del procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 27 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control es el responsable de coordinar la supervisión integral de la atención médica y servicios auxiliares en las unidades hospitalarias, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control verificará que la prestación de servicios de salud en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, se realice atendiendo a las leyes, reglamentos, normas oficiales mexicanas y demás normatividad aplicable.
5. Es responsabilidad del titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control verificar, junto con el Equipo Supervisor, supervisar la atención médica y los servicios auxiliares que integran la unidad hospitalaria visitada.

6. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y el Equipo Supervisor realizarán, de manera programada y extraordinaria, visitas de supervisión de acuerdo con las necesidades del servicio y problemática detectada.
7. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y el Equipo Supervisor, deberán observar en todo momento los criterios para la acreditación y la certificación de hospitales, establecidos por la Secretaría de Salud Federal y el Consejo de Salubridad General respectivamente.
8. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá elaborar el Programa de Visitas de Supervisión.
9. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control recibirá de los representantes de cada una de las jefaturas de unidad departamental, adscritos a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, los instrumentos de supervisión que les corresponden para su integración en una guía de supervisión integral.
10. Al inicio de la supervisión, el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá levantar una minuta de trabajo en la que se asienten la fecha, nombre y cargo de los participantes, y al término de la supervisión deberán quedar formulados los resultados obtenidos, comentarios, asesoría brindada y compromisos, recabando firmas de conformidad.
11. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá entregar al Subdirector de Operación Hospitalaria, un informe pormenorizado de los resultados de la supervisión y las metas alcanzadas.
12. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá concentrar la totalidad de los instrumentos de supervisión utilizados durante la supervisión por unidad hospitalaria, para la integración del informe pormenorizado.
13. El titular de la Subdirección de Operación Hospitalaria deberá informar al Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control y al Equipo Supervisor, los objetivos y metas de la supervisión y deberá comunicar éstos al titular de la dirección de la unidad hospitalaria, solicitando que estén presentes los responsables de cada una de las áreas y servicios.
14. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y el Equipo Supervisor, deberán verificar el cumplimiento de la normatividad vigente, a través de la aplicación de los instrumentos definidos para comprobar aspectos de estructura, procesos y resultados.

15. Cada uno de los integrantes del Equipo Supervisor deberá entregar al titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control, copia de los instrumentos para la supervisión aplicados.

16. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá elaborar un informe integral de la supervisión con la información proporcionada por los titulares de las Jefaturas de Unidad Departamental participantes.

17. Se entenderá por "Equipo Supervisor" al integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y por los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias.

18. Se entenderá por "Jefaturas de Unidad Departamental" las adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, las cuales deberán asignar a un representante para que se integre al equipo supervisor, con el fin de dar seguimiento a los acuerdos contraídos en las visitas de supervisión integral.

Autorizó

Dr. José Pablo Candelario Juárez Gómez
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control

Nombre del Procedimiento:

Coordinación del seguimiento de acuerdos contraídos en la supervisión integral de la atención médica y servicios auxiliares en las unidades hospitalarias.

Objetivo General:

Coordinar el seguimiento de acuerdos contraídos con las autoridades médicas de la unidad hospitalaria, que buscan subsanar las desviaciones detectadas en las áreas y servicios durante las visitas de supervisión integral y así contribuir en la mejora de los servicios de atención médica que se proporcionan a la población derechohabiente o usuaria.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	1	Elabora el programa y el calendario para realizar las visitas de seguimiento de los compromisos adquiridos durante la supervisión integral.	3 días
	2	Elabora oficios con firma del Director de Atención Hospitalaria, para informar a los directores de las unidades hospitalarias del programa y calendario de las visitas para que preparen la información necesaria.	5 días
	3	Solicita mediante oficio a los titulares de las Jefaturas de Unidad Departamental que tengan acuerdos pendientes nombren a un representante para integrar el Equipo Supervisor, y envía programa, calendario y objetivo de la visita para el seguimiento de compromisos adquiridos.	3 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental	4	Reciben oficio, informan del nombre de su representante al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control, preparan instrumentos de supervisión para la verificación del seguimiento de compromisos.	3 días
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	5	Recibe confirmación, acude junto con el Equipo Supervisor, el día y fecha programadas a la unidad hospitalaria y se presenta con el titular de la dirección de la unidad hospitalaria.	1 día
	6	Inicia con el levantamiento de la minuta de la reunión en original y copia, mencionando nombres y cargos de los asistentes.	1 día
	7	Solicita al director de la unidad hospitalaria, el avance de los compromisos concertados en la visita de supervisión anterior.	1 día
Director de la Unidad Hospitalaria	8	Recibe al Equipo Supervisor e informa de la situación que guardan los acuerdos contraídos en la visita de supervisión integral anterior.	1 día
		¿Existen avances en los compromisos?	
		NO	
	9	Informa al Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control y al Equipo Supervisor los motivos por los que no se cumplieron los avances en los compromisos de la visita de supervisión.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	10	Recibe comentarios y elabora acta circunstanciada en original y dos copias, entregando uno al director de la unidad hospitalaria, otro a la Contraloría Interna y conserva uno.	1 día

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		(Conecta con la actividad 18)	
		SÍ	
Director de la Unidad Hospitalaria	11	Entrega por escrito los avances de los compromisos al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control y Equipo Supervisor.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	12	Recibe el escrito con los avances y solicita al Equipo Supervisor verifique los datos.	1 día
Equipo Supervisor	13	Recibe indicaciones, acude al área correspondiente y solicita al responsable la evidencia de los avances presentados.	1 día
		¿Existe congruencia?	
		NO	
	14	Informa al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control de los hallazgos.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	15	Recibe información, lo incluye en la minuta y define fecha límite para que presenten el avance de los compromisos.	1 día
		(Conecta con la actividad 18)	
		SÍ	
Equipo Supervisor	16	Exhorta al personal a continuar con la mejora de los servicios e informa de ello al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	17	Recibe información y la incluye en la minuta.	1 día

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	18	Concluye elaboración de minuta, define compromisos y recaba firma de asistentes, se despide y junto con el Equipo Supervisor, regresa a su área de adscripción.	1 día
	19	Elabora informe pormenorizado de la visita de seguimiento a los compromisos adquiridos por cada unidad hospitalaria y lo entrega al Subdirector de Operación Hospitalaria para que lo haga del conocimiento del Coordinador de Servicios Hospitalarios.	5 días
		Fin del procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 33 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control es el responsable de coordinar el seguimiento de acuerdos contraídos en la supervisión integral de la atención médica y servicios auxiliares en las unidades hospitalarias, de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. Es responsabilidad del titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control, verificar junto con el equipo supervisor, supervisar la atención médica y servicios auxiliares que integran la unidad hospitalaria visitada.
5. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y el Equipo Supervisor realizarán de manera programada y extraordinaria visitas para dar seguimiento a los compromisos establecidos durante la supervisión, de acuerdo a las necesidades del servicio y a la problemática detectada.

6. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá elaborar el programa de seguimiento de acuerdos que deberá aplicar el Equipo Supervisor en cada uno de los servicios correspondientes.

7. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá dar seguimiento periódico a los compromisos adquiridos por cada uno de los integrantes del Equipo Supervisor con el director de la unidad hospitalaria supervisada y verificar el grado de avance de los mismos.

8. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control recibirá de los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritos a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, los instrumentos de supervisión que les corresponden, para su integración en una guía de supervisión integral.

9. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá entregar al Subdirector de Operación Hospitalaria, un informe pormenorizado de los resultados de la supervisión y las metas alcanzadas.

10. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control elaborará el informe de incumplimiento u omisión de responsabilidades o compromisos de las autoridades de la unidad hospitalaria, así como el Acta Circunstanciada para ser presentada a la Contraloría Interna, los cuales entregará al Subdirector de Operación Hospitalaria, para que los haga del conocimiento del Coordinador de Servicios Hospitalarios.

11. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y el Equipo Supervisor deberán observar en todo momento los criterios para la certificación y acreditación de hospitales, establecidos por el Consejo de Salubridad General y la Secretaría de Salud Federal respectivamente.

12. El Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control y el Equipo Supervisor, deberán verificar el cumplimiento de la normatividad vigente a través de la aplicación de los instrumentos de supervisión definidos para comprobar aspectos de estructura, procesos y resultados.

13. Al inicio de la supervisión, el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá levantar una minuta de trabajo en la que se asienten la fecha, nombre y cargo de los participantes, y al término de la supervisión deberán quedar formulados los resultados obtenidos, comentarios, asesoría brindada y compromisos, recabando firmas de conformidad.

14. Cada uno de los integrantes del Equipo de Supervisión deberá entregar al titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control, copia de los instrumentos de supervisión aplicados en la visita de seguimiento.

15. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá elaborar un informe integral de la supervisión con la información proporcionada por los titulares de las Jefaturas de Unidad Departamental participantes.

16. Se entenderá por "Jefaturas de Unidad Departamental" las adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, las cuales deberán asignar a un representante para que se integre al Equipo Supervisor para dar seguimiento a los acuerdos contraídos en las visitas de supervisión integral.

17. Se entenderá por "Equipo Supervisor" al integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, para realizar las actividades del programa de supervisión integral definido por el Jefe de Unidad Departamental de Control y Seguimiento, en las unidades hospitalarias.

Autorizó

Dr. José Pablo Candelario Juárez Gómez
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control

Nombre del Procedimiento:

Elaboración de los instrumentos de supervisión de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia en las unidades hospitalarias.

Objetivo General:

Elaborar los instrumentos para la supervisión de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia, a fin de contar con una herramienta confiable y funcional para el control y evaluación de su operación en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	1	Recibe del Subdirector de Operación Hospitalaria la indicación de elaborar los instrumentos de supervisión correspondientes a las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia.	1 día
	2	Recopila toda la normatividad relacionada con las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia, selecciona puntos o temas relevantes para evaluar, estableciendo controles en el proceso, integra los instrumentos de supervisión y los presenta al Subdirector de Operación Hospitalaria para su revisión y aprobación.	15 días
Subdirector de Operación Hospitalaria	3	Recibe instrumentos de supervisión, los revisa y analiza.	2 días
		¿Los instrumentos de supervisión son adecuados?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Hace comentarios y observaciones y los devuelve al Jefe de Unidad Departamental Supervisión y Control para su corrección.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	5	Recibe instrumentos de supervisión con comentarios y observaciones, realiza las adecuaciones y los remite nuevamente al Subdirector de Operación Hospitalaria para su aprobación.	2 días
		(Conecta con la actividad 3)	
		SÍ	
Subdirector de Operación Hospitalaria	6	Aprueba instrumentos de supervisión y los entrega al Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control para su aplicación.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	7	Recibe instrumentos de supervisión aprobados y, llegada la fecha programada, los entrega al personal designado para integrar el Equipo Supervisor para su conocimiento y aplicación en las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia en las visitas de supervisión integral a las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.	1 día
		Fin del procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 23 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control es el responsable de la elaboración de los instrumentos de supervisión de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia en las unidades

hospitalarias, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

2. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control elaborará los instrumentos para evaluar en las unidades hospitalarias la operación de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia.
5. Los instrumentos de supervisión deberán contener criterios para evaluar el cumplimiento de las normas oficiales, y toda aquella normatividad institucional y federal vigentes con observancia obligatoria en el área o servicios a supervisar.
6. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá observar que en la elaboración de los instrumentos de supervisión, se consideren los criterios para la acreditación y certificación de hospitales, establecidos por la Secretaría de Salud Federal y el Consejo de Salubridad General, respectivamente.
7. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá considerar en la elaboración de los instrumentos de supervisión todos los criterios necesarios para evaluar la operación de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia en las unidades hospitalarias.
8. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" la guía o cédulas necesarias para verificar la operación de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia y que serán aplicados en las unidades hospitalarias.

Autorizó

Dr. José Pablo Candelario Juárez Gómez
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control

Nombre del Procedimiento:

Supervisión de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia en las unidades hospitalarias.

Objetivo General:

Supervisar durante el proceso operativo el funcionamiento de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia en las unidades hospitalarias, verificando que cuenten con los elementos técnico-normativos que permitan mejorar la calidad de los servicios de atención médica que se proporcionan a la población derechohabiente o usuaria.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	1	Recibe indicaciones del Subdirector de Operación Hospitalaria para que nombre un representante que forme parte del Equipo Supervisor.	1 día
	2	Nombra a un representante para que se integre al Equipo Supervisor, le informa a éste el día y hora en que deberá acudir y le solicita prepare instrumentos de supervisión.	3 días
Equipo Supervisor	3	Recibe instrucciones y llegado el día y hora se presenta con el director de la unidad hospitalaria y aplica en original y copia los instrumentos de supervisión correspondientes a las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia.	3 días
	4	Detecta omisiones y/o desviaciones, necesidades de capacitación formal, proporciona asesoría en servicio al personal operativo y señala tiempos para la corrección de las fallas detectadas.	3 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	5	Concluye la supervisión informando verbalmente al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control y al director de la unidad hospitalaria los compromisos adquiridos por el personal de las áreas visitadas para que formen parte de la minuta y regresa a su área de adscripción.	1 día
	6	Elabora el informe de supervisión y lo entrega al Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control, junto con los instrumentos de supervisión aplicados.	5 días
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	7	Recibe informe de la visita de supervisión y los instrumentos de supervisión aplicados por parte de su representante.	1 día
	8	Analiza informe, integra los resultados de las supervisiones realizadas y elabora un informe de la supervisión de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia y lo entrega al Subdirector de Operación Hospitalaria para su conocimiento.	5 días
		Fin del procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 22 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control es el responsable de la supervisión de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia en las unidades hospitalarias, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.

3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control es responsable de conocer todos los servicios y áreas médicas y administrativas que integran la unidad hospitalaria y específicamente las de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia.
5. El área de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento está integrada por: imagenología, laboratorio clínico, laboratorio de anatomía patológica, banco de sangre o servicio de transfusión e inhaloterapia.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control designará a un representante para que se integre al Equipo Supervisor, el cual estará coordinado por el propio Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control.
7. El representante de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control integrante del Equipo Supervisor, deberá supervisar las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia.
8. El representante de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá verificar el cumplimiento de la normatividad vigente, a través de la aplicación de instrumentos de supervisión, para verificar aspectos de estructura, procesos y resultados.
9. Es atribución del Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control al momento de la supervisión, establecer los apoyos técnicos y de asesoría que se requieran para el mejoramiento de los servicios.
10. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control indicará a su representante las visitas de supervisión que realizará de manera programada y extraordinaria, de acuerdo a las necesidades del servicio y problemática detectada.
11. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá observar en todo momento los criterios para la acreditación y certificación de hospitales, establecidos por la Secretaría de Salud Federal y el Consejo de Salubridad General, respectivamente.
12. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá diseñar los instrumentos de supervisión por servicio bajo su responsabilidad y los aplicará en las visitas de supervisión en las que participe.
13. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control es el responsable de garantizar que su representante en el Equipo Supervisor integre un informe de la supervisión realizada en las áreas que le corresponden.

14. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá elaborar un informe de la supervisión de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia, el cual entregará al Subdirector de Operación Hospitalaria para apoyar en la toma de decisiones y seguimiento de los programas prioritarios.

15. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá verificar en los servicios a supervisar:

    a. En la Farmacia: La correcta requisición de los "Recetarios Colectivos" (SUA-HO-1) y de la "Receta Individual" del Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos del Gobierno del Distrito Federal, y su adecuado registro final en las "Tarjetas de Control por Clave para Almacén y Farmacia de Hospitales (kardex)" correspondiente.

    b. En Hospitalización: El registro en la "Hoja de Órdenes Médicas para el Control y Tratamiento de Pacientes Hospitalizados" (ECOM-5) del medicamento solicitado a través del "Recetarios Colectivos", (SUA-HO-1) con la posología indicada. En "Hoja de Registro Clínicos, Tratamientos y Observaciones de Enfermería" (ECRC-15-1) la anotación de la administración del medicamento indicado o en su defecto, la anotación de no administración. Verificar que en los "Recetarios Colectivos" (SUA-HO-1) se soliciten cantidades acordes al número de derechohabientes o usuarios reportados.

16. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" la guía o cédulas necesarias para verificar la operación de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia, y que serán aplicados en las unidades hospitalarias.

17. Se entenderá por "Equipo Supervisor" el integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, y que realizarán las actividades del programa de supervisión integral definido por el Jefe de Unidad Departamental de Control y Seguimiento, en las unidades hospitalarias.

Autorizó

Dr. José Pablo Candelario Juárez Gómez

Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control

Nombre del Procedimiento:

Seguimiento de los acuerdos contraídos en la supervisión de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacias en las unidades hospitalarias.

Objetivo General:

Dar seguimiento a los acuerdos contraídos con las autoridades médicas de las unidades hospitalarias, con el propósito de subsanar las desviaciones detectadas en las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia durante las visitas de supervisión, que permitan mejorar la calidad de los servicios de atención médica que se proporcionan a la población derechohabiente o usuaria.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control	1	Recibe indicaciones del Subdirector de Operación Hospitalaria para que nombre un representante que forme parte del Equipo Supervisor, a fin de llevar a cabo las visitas de seguimiento a los acuerdos contraídos en la supervisión integral previa.	1 día
	2	Nombra a un representante para que se integre al Equipo Supervisor, le informa a éste el día y hora en que deberá acudir y le solicita prepare instrumentos de supervisión para la verificación del seguimiento de acuerdos.	3 días
Equipo Supervisor	3	Recibe instrucciones y llegado el día y hora se presenta con el Director de la Unidad Hospitalaria y le solicita el avance de los compromisos concertados en la supervisión integral anterior.	1 día
		¿Hay avances en los acuerdos?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Apoya al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control en el levantamiento del Acta Circunstanciada que deberá presentarse ante Controlaría Interna y regresa a su área de adscripción.	1 día
		(Conecta con la actividad 6)	
		SÍ	
	5	Acude a las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia, aplica instrumentos de supervisión en original y copia en los apartados relacionados a los acuerdos establecidos e informa verbalmente al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control de los hallazgos.	5 días
	6	Regresa a su área de adscripción al concluir la visita, elabora informe y lo entrega al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control para su conocimiento, así como los instrumentos de supervisión aplicados.	5 días
Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control	7	Recibe informe de la visita de seguimiento de acuerdos realizada y los instrumentos de supervisión aplicados por parte de su representante.	2 días
	8	Analiza informe de supervisión, integra los resultados de las supervisiones realizadas y elabora un informe de la supervisión de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia y lo entrega al Subdirector de Operación Hospitalaria para su conocimiento.	5 días
		Fin del procedimiento	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		Tiempo total de ejecución: 23 días	

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control es el responsable del seguimiento de los acuerdos contraídos en la supervisión de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacias en las unidades hospitalarias, a fin de contribuir al cumplimiento del Artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control es responsable de conocer todos los servicios y áreas médicas y administrativas que integran la unidad hospitalaria y específicamente las de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia.
5. El área de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento está integrada por: imagenología, laboratorio clínico, laboratorio de anatomía patológica, banco de sangre o servicio de transfusión e inhaloterapia.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control designará a un representante para que se integre al Equipo Supervisor en la fase de seguimiento de acuerdos contraídos, el cual estará coordinado por el propio titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control.
7. El representante de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control, integrante del Equipo Supervisor, deberá dar seguimiento a los acuerdos contraídos en la supervisión de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia.
8. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá diseñar los instrumentos de supervisión por servicio bajo su responsabilidad y los aplicará en las visitas de supervisión en las que participe.
9. Para dar seguimiento a los compromisos contraídos con la unidad hospitalaria supervisada, el representante de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión

y Control deberá contar con los instrumentos de supervisión utilizados, debidamente requisitados y firmados.

10. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá observar en todo momento los criterios para la acreditación y certificación de hospitales, establecidos por la Secretaría de Salud Federal y el Consejo de Salubridad General, respectivamente.

11. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá verificar el cumplimiento de la normatividad vigente, a través de la aplicación de instrumentos de supervisión, para verificar aspectos de estructura, procesos y resultados.

12. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control es el responsable de garantizar que su representante en el Equipo Supervisor integre un informe de la supervisión donde se plasmen todos los factores que directa o indirectamente participan en la operación de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia.

13. El Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá elaborar un informe de la supervisión de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia, el cual entregará al Subdirector de Operación Hospitalaria para apoyar en la toma de decisiones y seguimiento de los programas prioritarios.

14. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control deberá verificar en los servicios a supervisar:

    a. En la Farmacia: El correcto llenado de los "Recetarios Colectivos" (SUA-HO-1) y de la "Receta Individual" del Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos del Gobierno del Distrito Federal, y su adecuado registro final en las "Tarjetas de Control por Clave para Almacén y Farmacia de Hospitales (kardex)" correspondiente.

    b. En Hospitalización: El registro en la "Hoja de Órdenes Médicas para el Control y Tratamiento de Pacientes Hospitalizados" (ECOM-5) del medicamento solicitado a través del "Recetarios Colectivos", (SUA-HO-1) con la posología indicada. En "Hoja de Registro Clínicos, Tratamientos y Observaciones de Enfermería", (ECRC-15-1) la anotación de la administración del medicamento indicado o en su defecto, la anotación de no administración. Verificar que en los "Recetarios Colectivos" (SUA-HO-1) se soliciten cantidades acordes al número de derechohabientes o usuarios reportados.

15. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" la guía o cédulas necesarias para verificar la operación de las áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, almacén y farmacia, y que serán aplicados en las unidades hospitalarias.

16. Se entenderá por "Equipo Supervisor" al integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, para realizar las actividades del programa de supervisión integral definido por la Jefatura de Unidad Departamental de Control y Seguimiento, en las unidades hospitalarias.

Autorizó

Dr. José Pablo Candelario Juárez Gómez
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control

Nombre del Procedimiento:

Elaboración de los instrumentos de supervisión de los programas de vigilancia epidemiológica.

Objetivo General:

Elaborar los instrumentos de supervisión de los programas de vigilancia epidemiológica, a fin de contar con una herramienta confiable y eficaz para el control y evaluación de dichos programas en las unidades médicas de la Secretaría de Salud.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica	1	Recibe del Subdirector de Operación Hospitalaria la indicación de elaborar los instrumentos de supervisión correspondientes a los programas de vigilancia epidemiológica que se llevan a cabo en las unidades médicas.	1 día
	2	Recopila toda la normatividad relacionada con los programas de vigilancia epidemiológica, selecciona puntos o temas relevantes a supervisar, estableciendo controles en el proceso, integra los instrumentos de supervisión y los presenta al Subdirector de Operación Hospitalaria para su revisión y aprobación.	15 días
Subdirector de Operación Hospitalaria	3	Recibe instrumentos de supervisión, los revisa y analiza.	2 días
		¿Los instrumentos de supervisión son adecuados?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Hace comentarios y observaciones y los devuelve al Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica para su corrección.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica	5	Recibe instrumentos de supervisión con comentarios y observaciones, realiza las adecuaciones y los remite nuevamente a la Subdirector de Operación Hospitalaria para su aprobación.	2 días
		(Conecta con la actividad 3).	
		SÍ	
Subdirector de Operación Hospitalaria	6	Aprueba instrumentos de supervisión y los entrega al Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica para su aplicación.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica	7	Recibe instrumentos de supervisión aprobados, y llegada la fecha programada, los entrega al personal designado para integrar el equipo supervisor, para su conocimiento y aplicación en las áreas vinculadas con la operación de los programas de vigilancia epidemiológica, en las visitas de supervisión integral a las unidades médicas de la Secretaría de Salud.	1 día
		Fin del Procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 23 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica es el responsable de elaborar los instrumentos de supervisión de los programas de vigilancia epidemiológica, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

2. El Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica elaborará los instrumentos de supervisión para evaluar en las unidades médicas la operación de las áreas que participan en la aplicación de los programas de vigilancia epidemiológica.
5. Los instrumentos de supervisión serán revisados periódicamente para su actualización o adaptación de acuerdo con las necesidades de evaluación.
6. Los instrumentos de supervisión deberán contener criterios para evaluar el cumplimiento de las normas oficiales, y toda aquella normatividad institucional y federal vigente con observancia obligatoria en las áreas o servicios a supervisar.
7. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica deberá observar que en la elaboración de los instrumentos de supervisión, se consideren los criterios para la acreditación y certificación de hospitales, establecidos por la Secretaría de Salud Federal y el Consejo de Salubridad General, respectivamente.
8. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica deberá considerar en la elaboración de los instrumentos de supervisión, todos los criterios necesarios para evaluar la operación de los programas de vigilancia epidemiológica.
9. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" la guía y cédulas necesarias para verificar la operación de los programas de vigilancia epidemiológica que operan en las unidades médicas.
10. Se entenderá por "Unidad Médica" los 31 hospitales de segundo nivel, los Centros de Atención Toxicológica, las unidades médicas en Reclusorios y Centros de Readaptación Social, adscritos a la Secretaría de Salud, así como el Hospital General Ticomán adscrito a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Autorizó

Dra. María Esperanza García Rodríguez

Jefa de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica

Nombre del Procedimiento:

Supervisión de los programas de vigilancia epidemiológica.

Objetivo General:

Supervisar durante el proceso operativo y en forma integral, la aplicación de los programas de vigilancia epidemiológica en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, verificando que el personal se apegue a los elementos técnico-normativos de los mismos, con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de atención médica que se proporcionan a la población derechohabiente y usuaria.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica	1	Recibe oficio del Subdirector de Operación Hospitalaria en el que le solicita nombre un representante para integrar el equipo supervisor, le envía programa, calendario y objetivos de la supervisión.	1 día
	2	Da respuesta al oficio, enviando el nombre de su representante e informa a éste el día y hora en que deberá acudir con el equipo supervisor y le solicita prepare instrumentos de supervisión.	3 días
Equipo Supervisor	3	Recibe instrucciones y llegado el día y hora se presenta con el Director de la Unidad Médica y aplica en original y copia los instrumentos de supervisión correspondientes a los programas de vigilancia epidemiológica.	3 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Detecta omisiones y/o desviaciones y necesidades de capacitación formal en la operación de los programas de vigilancia epidemiológica, proporciona asesoría en servicio al personal operativo y señala tiempos para la corrección de las fallas detectadas.	3 días
	5	Concluye la supervisión informando verbalmente al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control y al Director de la Unidad Médica acerca de los compromisos adquiridos por el personal de las áreas visitadas para que formen parte de la minuta y regresa a su área de adscripción.	1 día
	6	Elabora el informe de supervisión y lo entrega al titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica, junto con los instrumentos de supervisión aplicados.	5 días
Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica	7	Recibe informe de la visita y los instrumentos de supervisión aplicados por parte de su representante y entrega copia de ellos al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control para que elabore el informe integral pormenorizado.	2 días
	8	Analiza informe de supervisión, integra los resultados de las supervisiones realizadas y los entrega al Subdirector de Operación Hospitalaria para su conocimiento.	5 días
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 23 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica es el responsable de supervisar los Programas de Vigilancia Epidemiológica, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica diseñará los instrumentos de supervisión de las áreas que le corresponden y los aplicará en las visitas de supervisión en las que participe.
5. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica enviará a un representante para que se integre al equipo supervisor, el cual estará coordinado por la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control.
6. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica realizará visitas de acuerdo con el programa de supervisión integral establecido por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control, autorizado por el Subdirector de Operación Hospitalaria y consensado con el Subdirector de Instrumentación de Proyectos.
7. El representante de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica, integrante del equipo supervisor, deberá supervisar en las unidades médicas las áreas que participan en la aplicación de los programas de vigilancia epidemiológica, además de proporcionar los apoyos técnicos y asesoría que requieran para el mejoramiento de los servicios.
8. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica es responsable de garantizar que su representante en el equipo supervisor integre un informe de la supervisión, donde se plasmen todos los factores que directa o indirectamente participan en la operación de los Programas de Vigilancia Epidemiológica que se llevan a cabo en la unidad médica.
9. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica deberá elaborar el concentrado de resultados de supervisión, con base en los resultados obtenidos en las supervisiones y en el análisis de la aplicación de los indicadores establecidos, y presentarlo al titular de la Subdirección de Operación Hospitalaria para la toma de decisiones y retroalimentación del programa.

10. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" la guía y cédulas necesarias para verificar la operación de los Programas de Vigilancia Epidemiológica y que serán aplicados en las unidades médicas.

11. Se entenderá por "Equipo Supervisor" el integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, y que realizarán las actividades del programa de supervisión integral definido por el Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control, en las unidades médicas.

12. Se entenderá por "Unidad Médica" los 31 hospitales de segundo nivel, los Centros de Atención Toxicológica, las unidades médicas en Reclusorios y Centros de Readaptación Social, adscritos a la Secretaría de Salud, así como el Hospital General Ticomán adscrito a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Autorizó

Dra. María Esperanza García Rodríguez

Jefa de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica

Nombre del Procedimiento:

Seguimiento de los acuerdos contraídos en la supervisión de los programas de vigilancia epidemiológica.

Objetivo General:

Dar seguimiento a los acuerdos contraídos con las autoridades de las unidades médicas, con el objeto de subsanar las omisiones y/o desviaciones detectadas en las áreas y servicios vinculados con la aplicación de los programas de vigilancia epidemiológica durante las visitas de supervisión, para contribuir en la mejora de la calidad de los servicios de atención médica que se proporcionan a la población derechohabiente o usuaria.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica	1	Recibe oficio del Subdirector de Operación Hospitalaria en el que le solicita nombre un representante para integrar el equipo supervisor, le envía programa, calendario y objetivos de las visitas de seguimiento a los acuerdos contraídos en la supervisión integral previa.	1 día
	2	Da respuesta al oficio enviando el nombre de su representante e informa a éste el día y hora en que deberá acudir con el equipo supervisor y le solicita prepare instrumentos de supervisión para la verificación del seguimiento de acuerdos.	3 días
Equipo Supervisor	3	Recibe instrucciones y llegado el día y hora se presenta con el Director de la Unidad Médica y solicita el avance de los compromisos concertados en la supervisión integral anterior.	1 día
		¿Hay avances en los acuerdos?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Apoya al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control en el levantamiento del acta circunstanciada que deberá presentarse ante Contraloría Interna y regresa a su área de adscripción.	1 día
		(Conecta con la actividad 6)	
		SÍ	
	5	Acude a las áreas involucradas en el desarrollo de los programas de vigilancia epidemiológica, aplica instrumentos de supervisión en original y copia en los apartados relacionados con los acuerdos establecidos e informa verbalmente al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control de los hallazgos.	5 días
	6	Regresa a su área de adscripción al concluir la visita, elabora informe y lo entrega al Jefe de la Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica para su conocimiento, así como los respectivos instrumentos de supervisión aplicados.	5 días
Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica	7	Recibe informe de la visita de seguimiento de acuerdos realizada y los instrumentos de supervisión aplicados por parte de su representante y entrega copia de ellos al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control para que elabore el informe integral pormenorizado.	2 días
	8	Analiza informe de supervisión, integra los resultados de las supervisiones realizadas en un informe y lo entrega al Subdirector de Operación Hospitalaria para su conocimiento.	5 días
		Fin del procedimiento	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		Tiempo total de ejecución: 23 días	

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica es el responsable de dar seguimiento a los acuerdos contraídos en la supervisión de los programas de vigilancia epidemiológica, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica diseñará los instrumentos de supervisión de las áreas que le corresponden y los aplicará en las visitas de supervisión en las que participe.
5. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica enviará a un representante para que se integre al equipo supervisor, el cual estará coordinado por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control.
6. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica realizará visitas de acuerdo a la programación de seguimiento de compromisos adquiridos establecida por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control, autorizada por el Subdirector del Operación Hospitalaria y consensada con el Subdirector de Instrumentación de Proyectos.
7. El representante de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica, integrante del equipo supervisor, deberá dar seguimiento a los acuerdos contraídos en las áreas que participan en la aplicación de los programas de vigilancia epidemiológica en las unidades médicas.
8. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica es el responsable de garantizar que su representante en el equipo supervisor integre un informe de seguimiento de los acuerdos contraídos, donde se plasmen todos los factores que directa o indirectamente participan en la operación de los programas de vigilancia epidemiológica y que fueron detectados durante la supervisión.

9. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica deberá integrar los resultados de las visitas de seguimiento en el concentrado de resultados de supervisión y el reporte de evaluación de los programas de vigilancia epidemiológica.
10. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" la guía y cédulas necesarias para verificar la operación de los Programas de Vigilancia Epidemiológica que serán aplicados en las unidades médicas.
11. Se entenderá por "Equipo Supervisor" el integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, y que realizarán las actividades del programa de supervisión integral definido por la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control, en las unidades médicas.
12. Se entenderá por "Unidad Médica" los 31 hospitales de segundo nivel, los Centros de Atención Toxicológica, las unidades médicas en Reclusorios y Centros de Readaptación Social, adscritos a la Secretaría de Salud, así como el Hospital General Ticomán adscrito a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Autorizó

Dra. María Esperanza García Rodríguez

Jefa de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica

Nombre del Procedimiento:

Evaluación y control de los programas de vigilancia epidemiológica en unidades Hospitalarias.

Objetivo General:

Evaluar y controlar los programas de vigilancia epidemiológica que se desarrollan en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, con el propósito de verificar la operación de los mismos y para coadyuvar a mejorar la calidad de la atención médica que se otorga.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica	1	Recibe instrucciones del Subdirector de Operación Hospitalaria para dar seguimiento al alcance de las metas programadas en cada uno de los Programas de Vigilancia Epidemiológica aplicados en unidades médicas.	1 hora
	2	Solicita al titular de la Dirección de la Unidad Médica, a través de oficio, el informe mensual de productividad de los programas de vigilancia epidemiológica que se llevan a cabo en la unidad.	1 hora
Director de la Unidad Médica	3	Recibe oficio, recaba información, la analiza, prepara informe mensual de productividad y lo envía al Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica para su revisión y análisis.	30 minutos
Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica	4	Recibe informe mensual de productividad, lo revisa y analiza.	1 día
		¿Cumple con las metas establecidas?	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		NO	
	5	Elabora oficio y lo envía al titular de la Dirección de la Unidad Médica correspondiente, junto con el análisis del informe y estrategias a seguir para corregir la situación.	1 hora
Director de la Unidad Médica	6	Recibe oficio, análisis del informe y estrategias a seguir, las aplica, cuida que se de cumplimiento a las metas e informa de los resultados obtenidos al Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica.	20 días
		(Conecta con la actividad 4)	
		SÍ	
Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica	7	Realiza concentrado por tipo de programa de vigilancia epidemiológica, de acuerdo con los indicadores establecidos y lo remite al Subdirector de Operación Hospitalaria para su conocimiento y contribución en la toma de decisiones.	1 día
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 23 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica es el responsable de evaluar y controlar los programas de vigilancia epidemiológica en las unidades médicas, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica es el responsable de garantizar la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.

4. El titular de la Dirección de cada Unidad Médica es responsable de implantar y vigilar la operación de los programas de vigilancia epidemiológica, así como establecer las acciones específicas que contribuyan a mejorar la calidad de la atención que proporcionan.
5. El titular de la Dirección de la Unidad Médica es responsable de concentrar, analizar y evaluar permanente y sistemáticamente, los informes recibidos, resultado de las supervisiones.
6. El titular de la Dirección de la Unidad Médica es responsable de rendir un informe mensual concentrado al Subdirector de Operación Hospitalaria, con atención al Jefe de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica, destacando los problemas identificados y las acciones sustantivas implementadas para su solución.
7. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica es responsable de recibir la información oficial a través de formatos estandarizados, tanto de carácter federal como local.
8. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica es responsable de concentrar la información oficial recibida de las unidades médicas a través de los formatos estandarizados, tanto federales como locales.
9. El titular de la Jefatura de la Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica es responsable de analizar y evaluar, permanente y sistemáticamente, los informes recibidos de cada unidad médica, efectuar un seguimiento de los compromisos contraídos y la corrección de los problemas reportados, hasta su solución.
10. Es responsabilidad del personal supervisor adscrito a la Jefatura de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica, conocer y aplicar los documentos que constituyen cada uno de los Programas de Vigilancia Epidemiológica que se desarrollan en las unidades médicas de la Secretaría de Salud.

11. Se entenderá por "Unidad Médica" los 31 hospitales de segundo nivel, los Centros de Atención Toxicológica, las unidades médicas en Reclusorios y Centros de Readaptación Social, adscritos a la Secretaría de Salud, así como el Hospital General Ticomán adscrito a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Autorizó

Dra. María Esperanza García Rodríguez

Jefa de Unidad Departamental de Vigilancia Epidemiológica

Nombre del Procedimiento:

Elaboración de los instrumentos de supervisión de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud.

Objetivo General:

Elaborar los instrumentos de supervisión de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud, a fin de contar con una herramienta confiable y eficaz para el control y evaluación de los mismos.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo	1	Recibe del Subdirector de Operación Hospitalaria la indicación de elaborar los instrumentos de supervisión correspondientes a la supervisión de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud.	1 día
	2	Recopila toda la normatividad relacionada con los instrumentos de supervisión, selecciona puntos o temas relevantes para evaluar, estableciendo controles en el proceso, los integra y presenta el Subdirector de Operación Hospitalaria para su revisión y aprobación.	15 días
Subdirector de Operación Hospitalaria	3	Recibe instrumentos de supervisión, los revisa y analiza.	2 días
		¿Los instrumentos de supervisión son adecuados?	
		NO	
	4	Hace comentarios y observaciones y los devuelve al Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo para su corrección.	1 día

Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo	5	Recibe instrumentos de supervisión con comentarios y observaciones, realiza las adecuaciones y los remite nuevamente al Subdirector de Operación Hospitalaria para su aprobación.	2 días
		(Conecta con la actividad 3)	
		SÍ	
Subdirector de Operación Hospitalaria	6	Aprueba instrumentos de supervisión y los entrega al Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo para su aplicación.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Operación Hospitalaria	7	Recibe instrumentos de supervisión aprobados, los entrega al personal designado para integrar el equipo supervisor para su conocimiento y aplicación en las áreas de las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.	1 día
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 23 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo es responsable de elaborar los instrumentos de supervisión de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo es la instancia responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo elaborará los instrumentos de supervisión para evaluar las unidades hospitalarias, en la operación de las áreas de enfermería, dietología y trabajo social.
5. Los instrumentos de supervisión serán revisados periódicamente para su actualización o adaptación de acuerdo con las necesidades de evaluación.

6. Los instrumentos de supervisión deberán contener criterios para evaluar el cumplimiento de las normas oficiales, y toda aquella normatividad institucional y federal vigente con observancia obligatoria en las áreas o servicios a supervisar.

7. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo deberá observar que en la elaboración de los instrumentos de supervisión, se consideren los criterios para la acreditación y certificación de hospitales, establecidos por la Secretaría de Salud Federal y el Consejo de Salubridad General, respectivamente.

8. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo deberá considerar en la elaboración de los instrumentos de supervisión todos los criterios necesarios para evaluar la operación de los mismos.

9. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" las cédulas necesarias para verificar la operación de la supervisión de los servicios médicos de apoyo de la Secretaría de Salud.

Autorizó

Dr. Fidel Ruíz Martínez

Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo

Nombre del Procedimiento:

Supervisión de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud.

Objetivo General:

Supervisar durante el proceso operativo y en forma integral, la operación de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud, verificando que el personal se apegue a los lineamientos técnico-normativos, con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de atención médica que se proporcionan a la población derechohabiente y usuaria.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo	1	Recibe oficio del Subdirector de Operación Hospitalaria en el que le solicita nombre un representante para integrar el equipo supervisor, le envía programa, calendario y objetivos de la supervisión.	1 día
	2	Da respuesta al oficio enviando el nombre de su representante e informa a éste el día y hora en que deberá acudir con el equipo supervisor y le solicita prepare instrumentos de supervisión.	3 días
Equipo Supervisor	3	Recibe instrucciones y llegado el día y hora se presenta en la Dirección de la Unidad Hospitalaria y aplica en original y copia los instrumentos de supervisión correspondientes a los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud.	3 días
	4	Detecta omisiones y/o desviaciones y necesidades de capacitación formal en la operación de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud, proporciona asesoría en servicio al personal operativo y señala tiempos para la corrección de las fallas detectadas.	3 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	5	Concluye la supervisión informando verbalmente al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control y al Director de la Unidad Hospitalaria acerca de los compromisos adquiridos por el personal de las áreas visitadas para que formen parte de la minuta y regresa a su área de adscripción.	1 día
	6	Elabora el informe de supervisión y lo entrega al Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo, junto con los instrumentos de supervisión aplicados.	5 días
Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo	7	Recibe informe de la visita y los instrumentos de supervisión aplicados por parte de su representante y entrega copia de ellos al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control para que elabore el informe integral pormenorizado.	2 días
	8	Analiza informe de supervisión, integra los resultados de las supervisiones realizadas y los entrega al Subdirector de Operación Hospitalaria para su conocimiento.	5 días
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 23 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo es responsable de supervisar los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo es responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.

3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo diseñará los instrumentos de supervisión de las áreas que le corresponden y los aplicará en las visitas de supervisión en las que participe.
5. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo enviará a un representante para que se integre al equipo supervisor, el cual estará coordinado por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo realizará visitas de acuerdo con la programación de visitas de supervisión, establecida por la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo, integrante del equipo supervisor, deberá supervisar en las unidades hospitalarias las áreas de enfermería, dietología y trabajo social además de proporcionar los apoyos técnicos y asesoría que requieran para el mejoramiento de los servicios.
8. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo es responsable de garantizar que su representante en el equipo supervisor integre un informe de la supervisión, donde se plasmen todos los factores que directa o indirectamente participan en la operación de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud.
9. El titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo deberá elaborar el concentrado de resultados de supervisión y el reporte de evaluación trimestral de la misma, con base en los resultados obtenidos en las supervisiones y en el análisis de la aplicación de los indicadores establecidos, y presentarlo al Subdirector de Operación Hospitalaria para la toma de decisiones.
10. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" las cédulas necesarias para verificar la operación de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud y que serán aplicadas en las unidades hospitalarias.

11. Se entenderá por "Equipo Supervisor" el integrado por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, y que realizarán las actividades del programa de supervisión integral definido por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control en las Unidades Hospitalarias.

Autorizó

Dr. Fidel Ruíz Martínez

Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo

Nombre del Procedimiento:

Seguimiento de los acuerdos contraídos en la supervisión de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud.

Objetivo General:

Dar seguimiento a los acuerdos contraídos con las autoridades médicas de las unidades hospitalarias, en la supervisión de los servicios médicos de apoyo con el objeto de subsanar las omisiones y/o desviaciones detectadas en las áreas y servicios vinculados con la aplicación de los mismos, y así contribuir en la mejora de la calidad de los servicios de atención médica que se proporcionan a la población derechohabiente.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo	1	Recibe oficio de la Subdirección de Operación Hospitalaria en el que le solicita nombre un representante para integrar el equipo supervisor, le envía programa, calendario y objetivos de las visitas de seguimiento a los acuerdos contraídos en la supervisión integral previa e informa inmediatamente al Subdirector de Instrumentación de Proyectos del oficio y documentos recibidos.	1 día
	2	Da respuesta al oficio enviando el nombre de su representante e informa a éste el día y hora en que deberá acudir con el equipo supervisor y le solicita prepare instrumentos de supervisión para la verificación del seguimiento de acuerdos.	3 días
Equipo Supervisor	3	Recibe instrucciones y llegado el día y hora se presenta en la Dirección de la Unidad Hospitalaria y le solicita el avance de los compromisos concertados en la supervisión integral anterior.	1 día
		¿Hay avances en los acuerdos?	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		NO	
	4	Apoya al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control en el levantamiento del acta circunstanciada que deberá presentarse ante Contraloría Interna y regresa a su área de adscripción.	1 día
		(Conecta con la actividad 6)	
		SÍ	
	5	Acude a las áreas involucradas en la supervisión de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud, aplica instrumentos de supervisión en original y copia en los apartados relacionados a los acuerdos establecidos e informa verbalmente al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control de los hallazgos.	5 días
	6	Regresa a su área de adscripción al concluir la visita, elabora informe y lo entrega al Jefe de la Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo para su conocimiento, así como los respectivos instrumentos de supervisión aplicados.	5 días
Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo	7	Recibe informe de la visita de seguimiento de acuerdos realizada y los instrumentos de supervisión aplicados por parte de su representante y entrega copia de ellos al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control para que elabore el informe integral pormenorizado.	2 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	8	Analiza informe de supervisión, integra los resultados de las supervisiones realizadas en un informe y lo entrega a la Subdirección de Operación Hospitalaria para su conocimiento.	5 días
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 23 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo es responsable de dar seguimiento a los acuerdos contraídos en la supervisión de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo es la instancia responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo diseñará los instrumentos de supervisión de las áreas que le corresponden y los aplicará en las visitas de supervisión en las que participe.
5. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo enviará a un representante para que se integre al equipo supervisor, el cual estará coordinado por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo realizará visitas de acuerdo a la programación de seguimiento de compromisos adquiridos, establecida por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control, autorizada por el Subdirector del Operación Hospitalaria y consensada con el Subdirector de Instrumentación de Proyectos.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo, integrante del equipo supervisor, deberá dar seguimiento a los acuerdos contraídos en las áreas de enfermería, dietología y trabajo social, además de proporcionar los apoyos técnicos y asesoría que requieran para el mejoramiento de los servicios.

8. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo es el responsable de garantizar que su representante en el equipo supervisor integre un informe de seguimiento de los acuerdos contraídos, donde se plasmen todos los factores que directa o indirectamente participan en la operación de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud y que fueron detectados durante la supervisión.

9. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo deberá integrar los resultados de las visitas de seguimiento en el concentrado de resultados de supervisión y el reporte de evaluación trimestral de la supervisión de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud.

10. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" las cédulas necesarias para verificar la operación de la supervisión de los servicios médicos de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud y que serán aplicadas en las unidades hospitalarias.

11. Se entenderá por "Equipo Supervisor" el integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, y que realizarán las actividades del programa de supervisión integrado definido por la Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control en las unidades hospitalarias.

Autorizó

Dr. Fidel Ruíz Martínez

Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo

Nombre del Procedimiento:

Evaluación y control de los servicios médicos de apoyo.

Objetivo General:

Evaluar y controlar en los hospitales de la red el funcionamiento de las áreas de enfermería, dietología y trabajo social, con el propósito de verificar la operación de las mismas, a través de indicadores de productividad y con apego a la normatividad vigente, a fin de coadyuvar a mejorar la calidad de la atención médica que se otorga en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo	1	Recibe instrucciones del Subdirector de Operación Hospitalaria para que de seguimiento al alcance de las metas programadas en los servicios médicos de apoyo de las unidades hospitalarias.	1 hora
	2	Solicita a través de oficio a las unidades hospitalarias, el informe mensual de productividad en los servicios médicos de apoyo.	1 hora
Director de Unidad Hospitalaria	3	Recibe oficio, recaba información, la analiza, prepara informe y lo envía al Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo para su conocimiento y atención.	1 hora
Jefede Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo	4	Recibe informe, lo analiza y realiza concentrado de cada una de las áreas de enfermeria, dietología y trabajo social.	1 día
		¿Cumple con las metas establecidas?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	5	Elabora oficio y lo envía al área de enfermería, dietología y trabajo social de la unidad hospitalaria correspondiente, junto con el análisis del informe y estrategias a seguir para corregir la situación.	1 hora
Director de Unidad Hospitalaria	6	Recibe oficios y estrategias a seguir, las aplica y cuida que se dé cumplimiento a las metas y lo envía al Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo.	5 días
		(Conecta con el fin del procedimiento).	
		SI	
Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo	7	Remite informe de la Subdirección de Operación Hospitalaria para su conocimiento y contribución en la toma de decisiones.	1 día
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 8 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo es responsable de evaluar y controlar los servicios médicos de apoyo, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo es responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo es encargado de verificar la organización y funcionamiento de las áreas de enfermería, dietología y trabajo social de cada unidad hospitalaria.
5. Es responsabilidad del director de cada unidad hospitalaria, integrar y vigilar la operación de las áreas de enfermería, dietología y trabajo social, así como establecer

las acciones específicas que contribuyan a mejorar la calidad de la atención que presten.

6. Es responsabilidad del director de la unidad hospitalaria concentrar, analizar y evaluar permanente y sistemáticamente los informes recibidos, resultado de las supervisiones.

7. El Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo deberá recibir la información oficial a través de formatos estandarizados con variables que permiten la elaboración de los indicadores de productividad, calidad, abasto y recursos humanos.

8. Es responsabilidad del Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo analizar y evaluar permanente y sistemáticamente los informes recibidos de cada unidad hospitalaria, efectuar un seguimiento de los compromisos contraídos y la corrección de los problemas reportados hasta su solución.

9. Es responsabilidad del director de la unidad hospitalaria, rendir un informe mensual concentrado al Subdirector de Operación Hospitalaria y al Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo destacando el impacto logrado, los problemas identificados y las acciones sustantivas implementadas para su solución.

10. Es responsabilidad del Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo concentrar la información oficial recibida de las unidades médicas a través de los formatos estandarizados con variables para construir los indicadores de productividad, calidad, abasto y recursos humanos de los servicios médicos de apoyo.

11. Es responsabilidad del personal supervisor de la Jefatura de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo conocer los documentos que constituyen cada uno de los programas prioritarios normados por la Secretaría de Salud.

12. Se entenderá por “Servicios Médicos de Apoyo”, los que integran las áreas de enfermería, dietología y trabajo social de las unidades hospitalarias.

13. Se entenderá por "Director de Unidad Hospitalaria" a los directores de los hospitales generales, pediatricos, materno-infantiles, al Director de la Torre Médica Tepepan y al Director del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.

Autorizó

Dr. Fidel Ruíz Martínez

Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos de Apoyo

Nombre del Procedimiento:

Solicitud de elaboración y/o actualización de documentos técnico-normativos para la operación de las unidades hospitalarias.

Objetivo General:

Solicitar la elaboración y/o actualización de los documentos técnico-normativos necesarios para facilitar y estandarizar las actividades que se desarrollan en las diferentes áreas o servicios de las unidades hospitalarias dependientes de la Secretaría de Salud, en beneficio de la población derechohabiente o usuaria.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	1	Determina las necesidades de documentos técnico-normativos requeridos para la operación en las unidades hospitalarias. Analiza y prioriza la elaboración y/o actualización de los mismos.	2 días
	2	Solicita a cada uno de los Jefes de Unidad Departamental la documentación soporte para la propuesta de elaboración, o en su caso, de actualización del documento correspondiente al ámbito de su competencia.	1 día
Jefe de Unidad Departamental	3	Recaba la documentación soporte, realiza la propuesta de elaboración y/o actualización del documento correspondiente y la entrega al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su revisión y visto bueno.	5 dias
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	4	Recibe la propuesta de elaboración y/o actualización del documento, la revisa, analiza y decide.	2 días
		¿La propuesta de elaboración y/o actualización es consistente?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	5	Realiza observaciones y entrega propuesta de elaboración y/o actualización a los Jefes de Unidad Departamental para que realicen las adecuaciones pertinentes.	1 día
Jefe de Unidad Departamental	6	Reciben observaciones y documentación, las analizan, realizan las adecuaciones pertinentes a la propuesta y la envían al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su revisión y visto bueno.	4 días
		(Conecta con la actividad 4).	
		SÍ	
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	7	Otorga visto bueno y entrega la propuesta de elaboración y/o actualización al Coordinador de Servicios Hospitalarios, para su revisión.	1 día
Coordinador de Servicios Hospitalarios	8	Recibe y revisa la propuesta de elaboración y/o actualización, elabora oficio de solicitud, recaba firma del Director General de Servicios Médicos y Urgencias, a través del Director de Atención Hospitalaria y la envía al Director General de Planeación y Coordinación Sectorial, para su revisión y archiva acuse de recibido.	2 días
Director General de Planeación y Coordinación Sectorial	9	Recibe y revisa solicitud y documentos, elabora o actualiza documento requerido y lo envía a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, para su revisión y aceptación, archiva solicitud y acuse de recibido.	10 días
Director General de Servicios Médicos y Urgencias	10	Recibe documento elaborado y/o actualizado y lo turna a través de la Coordinación de Servicios Hospitalarios, a la Subdirección de Instrumentación de Proyectos para su revisión.	1 día
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	11	Recibe documento, lo revisa y decide.	3 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		¿Es adecuada la elaboración y/o actualización del documento?	
		NO	
	12	Realiza comentarios y mediante oficio signado por la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, lo envía a la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial para que realice las correcciones pertinentes.	1 día
Director General de Planeación y Coordinación Sectorial	13	Recibe oficio y comentarios, realiza las correcciones solicitadas y remite documento a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias para su revisión.	4 días
Director General de Servicios Médicos y Urgencias	14	Recibe documento corregido y lo turna a través de la Coordinación de Servicios Hospitalarios, a la Subdirección de Instrumentación de Proyectos para su revisión.	1 día
		(Conecta con la actividad 11)	
		SI	
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	15	Otorga visto bueno a la elaboración y/o actualización del documento y lo entrega a la Coordinación de Servicios Hospitalarios, para su trámite correspondiente.	1 día
Coordinador de Servicios Hospitalarios	16	Recibe documento, elabora oficio de aprobación, recaba firma de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias en oficio y documento y lo envía a la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial para su registro y difusión correspondiente, archiva acuse de recibido.	1 día
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 30 días

Aspectos a Considerar:

1. La Subdirección de Instrumentación de Proyectos es la responsable de solicitar la elaboración y/o actualización de los documentos técnico-normativos para la operación de las unidades hospitalarias, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. La Subdirección de Instrumentación de Proyectos es la instancia responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. Es responsabilidad del titular de la Subdirección de Instrumentación de Proyectos presentar a la Coordinación de Servicios Hospitalarios las propuestas de elaboración y/o actualización de los documentos técnico-normativos que se consideren necesarios.
5. La Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias deberá solicitar mediante oficio dirigido a la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, la elaboración o actualización de los documentos técnico-normativos requeridos por la Subdirección de Instrumentación de Proyectos.
6. Es responsabilidad del titular de la Subdirección de Instrumentación de Proyectos anexar al oficio de solicitud, el documento normativo propuesto para creación y/o actualización, en forma impresa y en archivo electrónico.
7. Se entenderá por "Documentos Técnico-Normativos" los requeridos para el buen funcionamiento de las unidades hospitalarias, como es el caso de guías técnicas médico-quirúrgicas, de enfermería, de trabajo social, etc.; así como, los manuales operativos, de procedimientos y de organización de las diferentes áreas o servicios hospitalarios.

8. Se entenderá por "Jefe de Unidad Departamental" a los titulares de la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad y la Jefatura de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos, adscritas a la Subdirección de Instrumentación de Proyectos, encargadas de llevar a cabo la elaboración y/o actualización de los documentos técnico-normativos necesarios para la operación adecuada en las unidades hospitalarias.

Autorizó

Dr. Bernardo Dávila Dávila

Subdirector de Instrumentación de Proyectos

Nombre del Procedimiento:

Control del funcionamiento de los comités técnico-médico hospitalarios.

Objetivo General:

Controlar el funcionamiento de los comités técnico-médicos en las unidades hospitalarias, con apego a la normatividad vigente, a fin de coadyuvar a mejorar la calidad de la atención médica que otorgan los hospitales dependientes de la Secretaría de Salud.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	1	Recibe del Coordinador de Servicios Hospitalarios instrucciones y lineamientos técnico-normativos de la Secretaría de Salud Federal, para que verifique el funcionamiento de los comités técnico-médicos en las unidades hospitalarias.	1 día
	2	Entrega lineamientos técnico-normativos y da instrucciones al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos para que realice las visitas de supervisión y verifique el funcionamiento de los comités técnico-médicos en las unidades hospitalarias.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	3	Recibe instrucciones y lineamientos técnico-normativos, realiza supervisiones a las unidades hospitalarias, elabora en original y copia los informes de supervisión y los entrega junto con instrumentos de supervisión, al Subdirector de Instrumentación de Proyectos y al Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control.	30 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	4	Recibe y revisa informes e instrumentos de supervisión y los entrega junto con el informe mensual concentrado hospitalario de los comités enviado por las unidades hospitalarias, al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos, para su análisis.	3 días
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	5	Recibe documentos, los revisa, realiza comparativo del informe enviado por las unidades hospitalarias con el obtenido de las supervisiones realizadas, e integra informe mensual concentrado estatal de los comités y lo entrega junto con instrumentos de supervisión, al Subdirector de Instrumentación de Proyectos, para su revisión y visto bueno.	5 días
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	6	Recibe informe mensual concentrado estatal de los comités, e instrumentos de supervisión, lo revisa, analiza y decide.	2 días
		¿Es adecuado el informe mensual?	
		NO	
	7	Realiza observaciones e instruye al Jefatura de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos para que realice las adecuaciones pertinentes.	2 días
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	8	Recibe observaciones, las analiza, realiza adecuaciones y remite el informe mensual concentrado estatal de los comités a la Subdirección de Instrumentación de Proyectos, para su revisión y visto bueno.	4 días
		(Conecta con la actividad 6)	
		SI	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	9	Otorga visto bueno al informe mensual concentrado estatal de los comités y envía copia al titular de la Dirección de cada unidad hospitalaria, para su conocimiento y atención a las desviaciones detectadas, archiva acuse de recibido.	1 día
	10	Elabora informe cuatrimestral concentrado estatal de los comités, y lo entrega a la Coordinación de Servicios Hospitalarios para su conocimiento y trámite procedente.	2 días
	11	Indica a la Jefatura de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos realice seguimiento a las desviaciones detectadas, hasta su solución.	1 día
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 52 días

Aspectos a Considerar:

1. El Subdirector de Instrumentación de Proyectos es responsable de controlar el funcionamiento de los comités técnico-médico hospitalarios, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Subdirector de Instrumentación de Proyectos es responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. Es responsabilidad del Subdirector de Instrumentación de Proyectos, conocer los elementos técnico-normativos, así como los formatos oficiales que integran los comités técnico-médicos hospitalarios asignados a su área de responsabilidad, para su difusión e integración en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.
5. Es de carácter obligatorio que cada unidad hospitalaria integre, en apego a la normatividad vigente, los comités técnico-médicos hospitalarios siguientes:

- Comité de Calidad de la Atención Médica.
- Comité de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal.
- Comité de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales.
- Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética.
- Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre.
- Comité de Insumos.

6. Los Comités Técnico-Médicos Hospitalarios deben estar integrados por:

Presidente	Director del Hospital.
Coordinador	Subdirector o Jefe de la Unidad Departamental de la Unidad Médica.
Secretario	Jefe de Servicio de acuerdo con la naturaleza del Comité.
Vocales	Diversos Jefes de Servicio (paramédicos, administrativos o personal designado por el Director del Hospital).

7. Es responsabilidad del Subdirector de Instrumentación de Proyectos verificar que todas las unidades hospitalarias tengan integrados los comités establecidos por la Secretaría de Salud Federal y la del Distrito Federal.
8. Es responsabilidad del Subdirector de Instrumentación de Proyectos verificar que todas las unidades hospitalarias entreguen, en tiempo y forma, el informe mensual concentrado hospitalario de los comités técnico-médicos.
9. Es responsabilidad del Subdirector de Instrumentación de Proyectos coordinarse con el director de cada unidad hospitalaria para instrumentar y vigilar el funcionamiento de los comités técnico-médico hospitalarios de acuerdo con la normatividad vigente.
10. Es responsabilidad del Subdirector de Instrumentación de Proyectos realizar un informe cuatrimestral, con base en los informes mensuales, del funcionamiento de los comités y entregarlo al Coordinador de Servicios Hospitalarios para su conocimiento y visto bueno.

Autorizó

Dr. Bernardo Dávila Dávila

Subdirector de Instrumentación de Proyectos

Nombre del Procedimiento:

Elaboración de los instrumentos de supervisión para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.

Objetivo General:

Elaborar los instrumentos de supervisión para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, a fin de contar con una herramienta confiable y eficaz para el control y evaluación del mismo.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	1	Recibe del Subdirector de Instrumentación de Proyectos la indicación de elaborar los instrumentos de supervisión correspondientes al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.	1 día
	2	Recopila toda la normatividad relacionada con el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, selecciona puntos o temas relevantes para evaluar, estableciendo controles en el proceso, integra los instrumentos de supervisión y los presenta al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su revisión y aprobación.	15 días
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	3	Recibe instrumentos de supervisión, los revisa y analiza.	2 días
		¿Los instrumentos de supervisión son adecuados?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Hace comentarios y observaciones y los devuelve al Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad para su corrección.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	5	Recibe instrumentos de supervisión con comentarios y observaciones, realiza las adecuaciones y los remite nuevamente al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su aprobación.	2 días
		(Conecta con la actividad 3)	
		Sí	
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	6	Aprueba instrumentos de supervisión y los entrega al Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad para su aplicación.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	7	Recibe instrumentos de supervisión aprobados, y llegada la fecha programada, los entrega al personal designado para integrar el equipo supervisor para su conocimiento y aplicación en las áreas vinculadas con el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en las visitas de supervisión integral a las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.	1 día
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 23 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es responsable de elaborar los instrumentos de supervisión para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es la instancia responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.

3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad elaborará los instrumentos de supervisión para evaluar en las unidades hospitalarias la operación de las áreas del cuerpo de gobierno, consulta externa, hospitalización, urgencias, trabajo social, admisión y archivo clínico, laboratorio, rayos x y módulo de atención ciudadana, que participan en el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos.
5. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad participará en dos tipos de supervisiones: supervisión de aspectos específicos del programa conforme a la planeación, y supervisión integral programada por el Subdirector de Instrumentación de Proyectos.
6. Los instrumentos de supervisión serán revisados periódicamente para su actualización o adaptación de acuerdo con las necesidades de evaluación.
7. Los instrumentos de supervisión deberán contener criterios para evaluar el cumplimiento de las normas oficiales, y toda aquella normatividad institucional y federal vigente con observancia obligatoria en el área o servicios a supervisar.
8. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad deberá observar que en la elaboración de los instrumentos de supervisión, se consideren los criterios para la acreditación y certificación de hospitales, establecidos por la Secretaría de Salud Federal y el Consejo de Salubridad General, respectivamente.
9. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad deberá considerar en la elaboración de los instrumentos de supervisión todos los criterios necesarios para evaluar la operación del acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos.
10. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" las cédulas necesarias para verificar la operación del acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.

Autorizó

Dra. Cristina Duarte Piña

Jefa de Unidad Departamental de Gratuidad

Nombre del Procedimiento:

Supervisión para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.

Objetivo General:

Supervisar durante el proceso operativo y en forma integral, la aplicación derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, verificando que el personal se apegue a los elementos técnico-normativos del mismo, con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de atención médica que se proporcionan a la población derechohabiente.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	1	Recibe oficio del Subdirector de Operación Hospitalaria en el que le solicita nombre un representante para integrar el equipo supervisor, le envía programa, calendario y objetivos de la supervisión.	1 día
	2	Da respuesta al oficio enviando el nombre de su representante e informa a éste el día y hora en que deberá acudir con el equipo supervisor y le solicita prepare instrumentos de supervisión.	3 días
Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control (Equipo Supervisor)	3	Recibe instrucciones y llegado el día y hora se presenta en la dirección de la unidad hospitalaria y aplica en original y copia los instrumentos de supervisión correspondientes al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.	3 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Detecta omisiones y/o desviaciones y necesidades de capacitación formal en la operación del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, proporciona asesoría en servicio al personal operativo y señala tiempos para la corrección de las fallas detectadas.	3 días
	5	Concluye la supervisión informando verbalmente al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control y al Director de la unidad hospitalaria acerca de los compromisos adquiridos por el personal de las áreas visitadas para que formen parte de la minuta y regresa a su área de adscripción.	1 día
	6	Elabora el informe de supervisión y lo entrega al Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad, junto con los instrumentos de supervisión aplicados.	5 días
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	7	Recibe informe de la visita y los instrumentos de supervisión aplicados por parte de su representante y entrega copia de ellos al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control para que elabore el informe integral pormenorizado.	2 días
	8	Analiza informe de supervisión, integra los resultados de las supervisiones realizadas y los entrega al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su conocimiento.	5 días
		Fin del Procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 23 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es responsable de supervisar el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad identificará en el proceso de supervisión el cumplimiento de las acciones para la prestación de servicios médicos y medicamentos gratuitos en el segundo nivel de atención a las personas residentes en el Distrito Federal, que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral.
3. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
4. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
5. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad diseñará los instrumentos de supervisión de las áreas que le corresponden y los aplicará en las visitas de supervisión en las que participe.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad enviará a un representante para que se integre al equipo supervisor, el cual estará coordinado por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad realizará visitas de acuerdo al programa de supervisión integral establecido por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control, autorizado por el Subdirector de Operación Hospitalaria y consensado con el Subdirector de Instrumentación de Proyectos.
8. El representante del Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad, integrante del equipo supervisor, deberá supervisar en las unidades hospitalarias las áreas de cuerpo de gobierno, consulta externa, hospitalización, urgencias, trabajo social, admisión y archivo clínico, laboratorio, rayos x y módulo de atención ciudadana, que participan en la aplicación del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, además de proporcionar los apoyos técnicos y asesoría que requieran para el mejoramiento de los servicios.
9. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es responsable de garantizar que su representante en el equipo supervisor integre un informe de la supervisión, donde se plasmen todos los factores que directa o indirectamente participan en la operación del acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos.

10. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad deberá elaborar el concentrado de resultados de supervisión y el reporte de evaluación trimestral del acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, con base en los resultados obtenidos en las supervisiones y en el análisis de la aplicación de los indicadores establecidos, y presentarlo al titular de la Subdirección de Instrumentación de Proyectos para la toma de decisiones y retroalimentación del programa.

11. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" las cédulas necesarias para verificar la operación del acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, y que serán aplicadas en las unidades hospitalarias.

12. Se entenderá por "Equipo Supervisor" el integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, y que realizarán las actividades del programa de supervisión integral definido por la Jefatura de Unidad Departamental de Control y Seguimiento, en las unidades hospitalarias.

Autorizó

Dra. Cristina Duarte Piña

Jefa de Unidad Departamental de Gratuidad

Nombre del Procedimiento:

Seguimiento de los acuerdos contraídos en la supervisión para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.

Objetivo General:

Dar seguimiento a los acuerdos contraídos con las autoridades médicas de los hospitales, durante las visitas de supervisión, con el objeto de subsanar las omisiones y/o desviaciones detectadas en las áreas y servicios vinculados con la aplicación del Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos, en Unidades Hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, para contribuir en la mejora de la calidad de los servicios de atención médica que se proporcionan a la población derechohabiente.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	1	Recibe oficio del Subdirector de Operación Hospitalaria en el que le solicita nombre un representante para integrar el equipo supervisor, le envía programa, calendario y objetivos de las visitas de seguimiento a los acuerdos contraídos en la supervisión integral previa e informa inmediatamente al Subdirector de Instrumentación de Proyectos del oficio y documentos recibidos.	1 día
	2	Da respuesta al oficio enviando el nombre de su representante e informa a éste el día y hora en que deberá acudir con el equipo supervisor y le solicita prepare instrumentos de supervisión para la verificación del seguimiento de acuerdos.	3 días
Equipo Supervisor	3	Recibe instrucciones y llegado el día y hora se presenta en la Dirección de la unidad hospitalaria y le solicita el avance de los compromisos concertados en la supervisión integral anterior.	1 día

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		¿Hay avances en los acuerdos?	
		NO	
	4	Apoya al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control en el levantamiento del Acta Circunstanciada que deberá presentarse ante Contraloría Interna y regresa a su área de adscripción.	1 día
		(Conecta con la actividad 6)	
		SÍ	
	5	Acude a las áreas involucradas en el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, aplica instrumentos de supervisión en original y copia en los apartados relacionados a los acuerdos establecidos e informa verbalmente al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control de los hallazgos.	5 días
	6	Regresa a su área de adscripción al concluir la visita, elabora informe y lo entrega al Jefe de la Unidad Departamental de Gratuidad para su conocimiento, así como los respectivos instrumentos de supervisión aplicados.	5 días
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	7	Recibe informe de la visita de seguimiento de acuerdos realizada y los instrumentos de supervisión aplicados por parte de su representante y entrega copia de ellos al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control para que elabore el informe integral pormenorizado.	2 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	8	Analiza informe de supervisión, integra los resultados de las supervisiones realizadas en un informe y lo entrega al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su conocimiento.	5 días
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 23 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es responsable de dar seguimiento a los acuerdos contraídos en la supervisión para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad diseñará los instrumentos de supervisión de las áreas que le corresponden y los aplicará en las visitas de supervisión en las que participe.
5. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad enviará a un representante para que se integre al equipo supervisor, el cual estará coordinado por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad realizará visitas de acuerdo a la programación de seguimiento de compromisos adquiridos establecido por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control, autorizada por el Subdirector del Operación Hospitalaria y consensada con el Subdirector de Instrumentación de Proyectos.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad integrante del equipo supervisor deberá dar seguimiento a los acuerdos contraídos en las áreas de cuerpo de gobierno, consulta externa, hospitalización, urgencias, trabajo social, admisión y archivo clínico, laboratorio, rayos x y módulo de atención ciudadana, que participan en la aplicación del

derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, además de proporcionar apoyos técnicos y accesoria que requieran para el mejoramiento de los servicios.

8. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es el responsable de garantizar que su representante en el equipo supervisor integre un informe de seguimiento de los acuerdos contraídos, donde se plasmen todos los factores que directa o indirectamente participan en la operación del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal y que fueron detectados durante la supervisión.

9. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad deberá integrar los resultados de las visitas de seguimiento en el concentrado de resultados de supervisión y el reporte de evaluación trimestral del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.

10. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" las cédulas necesarias para verificar la operación del acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, y que serán aplicadas en las unidades hospitalarias.

11. Se entenderá por "Equipo Supervisor" el integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, y que realizarán las actividades del programa de supervisión integral definido por la Jefatura de Unidad Departamental de Control y Seguimiento, en las unidades hospitalarias.

Autorizó

Dra. Cristina Duarte Piña

Jefa de Unidad Departamental de Gratuidad

Nombre del Procedimiento:

Resolución de quejas de derechohabientes planteadas en el sistema de información LOCATEL y en el nivel central de la Secretaría de Salud.

Objetivo General:

Resolver en coordinación con las unidades hospitalarias, las quejas de los derechohabientes del Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos, en Unidades Hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, presentadas en el Sistema de Información de Locatel y ante nivel central de la Secretaría de Salud, por deficiencias en la atención médica y demás servicios recibidos.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	1	Recibe la queja del derechohabiente con respecto al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en las unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal presentada por escrito, personalmente o a través de la página web de LOCATEL.	2 días
	2	Identifica a qué unidad hospitalaria corresponde la queja, así como el área o servicio involucrado y procede a hacer el seguimiento de la misma.	2 días
	3	Establece contacto con el director de la unidad hospitalaria correspondiente, le comenta que se tiene el reporte de una queja de un derechohabiente que recibió atención en esa unidad y la remite vía correo electrónico para su conocimiento y atención.	1 día
Director de la Unidad Hospitalaria	4	Recibe correo electrónico con la queja señalada, atiende su respuesta y envía al Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad correo electrónico del resumen de la atención que se proporcionó y las alternativas de solución.	3 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	5	Recibe de la dirección de la unidad hospitalaria el resumen detallado de la atención que se proporcionó vía correo electrónico, de las omisiones y problemática que se presentaron, así como las alternativas de solución.	1 día
	6	Informa al derechohabiente, a través de la misma vía en que recibió la queja, la situación que guarda o la solución que se le dio en la atención de su inconformidad.	2 días
	7	Integra el informe de la situación de las quejas registradas en el Sistema de Información de LOCATEL y presentadas en nivel central de la Secretaría de Salud, y lo entrega al Subdirector de Instrumentación de Proyectos.	3 días
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	8	Recibe el informe de la situación de las quejas registradas en el Sistema de Información de LOCATEL y presentadas en nivel central de la Secretaría de Salud, lo revisa y analiza.	2 días
		¿Es adecuado el informe?	
		NO	
	9	Hace observaciones y/o sugerencias y devuelve el informe al Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad para su corrección.	2 días
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	10	Recibe el informe, realiza las adecuaciones pertinentes de acuerdo con lo señalado y lo remite nuevamente al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su aprobación.	2 días
		(Conecta con la actividad 8)	
		SÍ	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	11	Aprueba el informe de la situación de las quejas registradas en el Sistema de Información LOCATEL y presentadas en nivel central de la Secretaría de Salud y lo turna al Coordinador de Servicios Hospitalarios para su conocimiento.	2 días
		Fin del Procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 22 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es responsable de resolver quejas de derechohabientes planteadas en el sistema de información locatel y en el nivel central de la Secretaría de Salud, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad deberá contar con directorios actualizados de las unidades hospitalarias para identificar a sus titulares, ubicación y teléfonos.
5. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es el encargado de coordinarse con el director de la unidad hospitalaria correspondiente, para dar alternativas de solución a las quejas presentadas por los derechohabientes en el Sistema de Información de LOCATEL y ante nivel central de la Secretaría de Salud.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es el responsable de informar al derechohabiente de la situación que guarda su queja, señalando si la solución de la problemática se encuentra en proceso, si ya fue resuelta o si la queja planteada es improcedente; a través de la misma vía en que la recibió.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad deberá verificar semanalmente en la página web de LOCATEL, la existencia de quejas de derechohabientes con respecto al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.

8. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es responsable de dar seguimiento hasta su solución a las quejas que los derechohabientes presenten directamente en nivel central, a través de escrito o personalmente y en la página web de LOCATEL.
9. El director de la unidad hospitalaria es el responsable de atender y dar solución a las quejas de derechohabientes que presenten directamente en nivel central, a través de un escrito o personalmente, o bien en la página web de LOCATEL.
10. Corresponde al Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad integrar un registro que contemple motivo, fecha de la queja y unidad hospitalaria señalada.
11. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es el responsable de elaborar de manera periódica el Informe de la Situación de las Quejas Registradas en el Sistema de Información LOCATEL y ante nivel central de la Secretaría de Salud, el cual deberá entregar al Subdirector de Instrumentación de Proyectos, para apoyar en la toma de decisiones, retroalimentación, coordinación y seguimiento del programa.

Autorizó

Dra. Cristina Duarte Piña

Jefa de Unidad Departamental de Gratuidad

Nombre del Procedimiento:

Elaboración del informe mensual de las atenciones otorgadas y recetas expedidas y surtidas a derechohabientes del acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.

Objetivo General:

Elaborar el informe mensual de las atenciones otorgadas y recetas expedidas y surtidas a derechohabientes, en el marco del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, en donde se distingan por unidad hospitalaria y en su conjunto, el total de servicios médicos otorgados, a fin de tener un correcto control del programa.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	1	Difunde formato e instructivo del "Registro de Atenciones Otorgadas y Recetas Expedidas y Surtidas" a los titulares de todas las unidades hospitalarias, mediante oficio autorizado por el Director de Atención Hospitalaria, solicitándoles su reporte mensual.	8 días
Director de la Unidad Hospitalaria	2	Recibe formato e instructivo del "Registro de Atenciones Otorgadas y Recetas Expedidas y Surtidas" para su llenado, incorpora la información requerida y lo remite mensualmente mediante oficio al Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad.	3 días
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	3	Recibe la información en el formato "Registro de Atenciones Otorgadas y Recetas Expedidas y Surtidas", la revisa y analiza.	1 día
		¿El llenado del formato es adecuado?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Devuelve el formato al director de la unidad hospitalaria correspondiente con indicaciones y sugerencias para su corrección.	1 día
Director de la Unidad Hospitalaria	5	Recibe el formato, realiza las correcciones pertinentes de acuerdo con las indicaciones y sugerencias y lo remite nuevamente al Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad.	1 día
		(Conecta con la actividad 3)	
		SÍ	
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	6	Sistematiza la información recabada, elabora el informe mensual de las atenciones otorgadas y recetas expedidas y surtidas a derechohabientes del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal y lo turna al subdirector de Instrumentación de Proyectos para su revisión.	2 días
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	7	Recibe el informe mensual de las atenciones otorgadas y recetas expedidas y surtidas a derechohabientes del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, lo revisa y analiza.	1 día
		¿Está completo el informe?	
		NO	
	8	Emite comentarios y sugerencias para complementar el informe y lo devuelve al Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad.	1 día

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	9	Recibe el informe, hace las correcciones pertinentes de acuerdo con las indicaciones y sugerencias recibidas y lo devuelve al subdirector de Instrumentación de Proyectos para su aprobación.	1 día
		(Conecta con la actividad 7)	
		SÍ	
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	10	Lo aprueba y le solicita al Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad realice el oficio con autorización del Director General de Servicios Médicos y Urgencias para su envío a la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud.	1 día
	11	Entrega copia del informe al Coordinador de Servicios Hospitalarios para la evaluación de la atención médica otorgada.	1 día
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 21 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es el responsable de elaborar el Informe mensual de las atenciones otorgadas y recetas expedidas y surtidas a derechohabientes del acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad es el encargado de coordinarse con las unidades hospitalarias para recabar y analizar la información respecto de las atenciones otorgadas y las recetas expedidas y surtidas de cada uno de los servicios y

áreas, en el contexto del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, en unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.

5. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad deberá solicitar al Director de cada una de las unidades hospitalarias el envío mensual del formato "Registro de Atenciones Otorgadas y Recetas Expedidas y Surtidas".

6. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad deberá integrar el informe trimestral del proyecto táctico del Programa de Modernización Administrativa de la Secretaría de Salud, con base en la información que se obtenga con la realización de este procedimiento.

Autorizó

Dra. Cristina Duarte Piña

Jefa de Unidad Departamental de Gratuidad

Nombre del Procedimiento:

Solicitud, adquisición, y entrega del material de osteosíntesis, órtesis, prótesis, ayudas funcionales o medicamentos fuera del Cuadro Básico y Catálogo institucional, a derechohabientes beneficiarios en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

Objetivo General:

Solicitar, adquirir y entregar el material de apoyo correspondiente a los derechohabientes beneficiarios, a fin de que se reciba de manera oportuna y eficiente y coadyuve a reestablecer la salud de la población demandante.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección Médica o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico Especialista)	1	Determina que el derechohabiente requiere de material de apoyo, realiza las anotaciones en el expediente clínico, llena los formatos de solicitud de exámenes requeridos, deja abierta la fecha de programación quirúrgica, en tanto se realizan los trámites necesarios para la adquisición y entrega del apoyo requerido, le informa a la enfermera y le indica que acompañe al derechohabiente y/o su familiar, y elabora el resumen médico para solicitud de apoyo requerido.	1 hora
Subdirección Médica o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Enfermera)	2	Entrega el carnet de citas al derechohabiente candidato y lo acompaña a la oficina de trabajo social o a trabajo social del servicio. Entrega el expediente clínico al responsable del servicio, para que se proceda a integrar el expediente del caso social.	30 minutos
Subdirección Médica o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Trabajadora Social)	3	Entrevista al derechohabiente candidato, verifica si cuenta con el "Estudio Social" (ECES-17-1), en su caso, lo elabora o actualiza y refuerza la información sobre el procedimiento para obtener el apoyo requerido.	30 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Registra datos en su libreta de control e indica al derechohabiente los requisitos que se deben cumplir de acuerdo a las reglas de operación para tener acceso al apoyo.	20 minutos
Derechohabiente (Candidato)	5	Recibe indicaciones, integra la documentación requerida y la entrega a trabajo social.	20 minutos
Subdirección Médica o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Trabajadora Social)	6	Recibe la documentación, verifica que la misma coincida con el documento de identidad presentado y asesora al derechohabiente candidato para que llene el recibo de ayuda y la carta de solicitud de apoyo correspondientes.	30 minutos
	7	Anexa toda la documentación requerida al expediente del caso social del derechohabiente candidato y la entrega al Subdirector Médica o a la Jefe de Unidad Departamental de la Unidad Médica para su revisión y trámite correspondiente.	30 minutos
Subdirector Médico o Jefe de Unidad Departamental de la Unidad Médica	8	Recibe documentación, la revisa, analiza y decide.	30 minutos
		¿Está completa y correctamente integrada la documentación?	
		NO	
	9	Regresa a trabajo social la documentación presentada, con observaciones, indicándole las inconsistencias detectadas.	30 minutos
Subdirección Médica o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Trabajadora Social)	10	Recibe la documentación, la revisa, corrige o complementa la misma, y la remite al Subdirector Médico o al Jefe de Unidad Departamental de la Unidad Médica para el trámite correspondiente.	30 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		(Conecta con la actividad 8)	
		SÍ	
Subdirector Médico o Jefe de Unidad Departamental de la Unidad Médica	11	Aprueba la documentación, elabora oficio para la obtención del apoyo solicitado correspondiente, dirigido al titular de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, con atención al Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad, y lo presenta al Director del Hospital para su visto bueno y firma, comentándole del caso.	1 hora
Director del Hospital	12	Recibe documentación y oficio, otorga visto bueno, firma y sella oficio, y los envía al Director General de Servicios Médicos y Urgencias, con atención al Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad.	1 hora
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	13	Recibe a través del Director General de Servicios Médicos y Urgencias, la documentación y el oficio correspondientes para la obtención del apoyo solicitado; los revisa, analiza, evalúa y decide.	20 minutos
		¿Procede la ayuda del programa de apoyo al derechohabiente candidato?	
		NO	
	14	Elabora oficio del dictamen en sentido negativo, lo presenta al Director General de Servicios Médicos y Urgencias, para su firma y conocimiento, y lo envía al Director del Hospital, solicitándole haga del conocimiento de este hecho, al derechohabiente candidato.	10 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Director del Hospital	15	Recibe oficio, lo revisa y solicita a la oficina de trabajo social se comunique con el derechohabiente candidato, le informe el resultado del dictamen, y lo oriente para que acuda a otra instancia en donde se le pueda proporcionar el apoyo.	20 minutos
Subdirección Médica o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Trabajadora Social)	16	Informa al derechohabiente candidato sobre el resultado del dictamen y lo orienta sobre las posibilidades de apoyo en otra Institución.	10 minutos
		(Conecta con el fin del Procedimiento)	
		SÍ	
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	17	Elabora el formato "Autorización de Ayuda", tramita su autorización a través del Director General de Servicios Médicos y Urgencias, y los archiva en el expediente del caso social.	10 minutos
	18	Solicita al Director de Recursos Materiales la asignación y adquisición del apoyo correspondiente, mediante el formato de "Requisición de Compra".	20 minutos
Director de Recursos Materiales	19	Recibe formato de "Requisición de Compra", lo revisa y gira instrucciones para que se analice en términos de las características técnicas, precio y calidad y procede a la adquisición del apoyo. Informa la asignación del proveedor al Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad.	20 minutos
Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad	20	Recibe la notificación del apoyo solicitado e informa vía telefónica al médico especialista de la unidad hospitalaria.	20 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirección Médica o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico Especialista)	21	Recibe al proveedor con el material de apoyo solicitado, lo revisa y decide.	20 minutos
		¿Reúne el apoyo obtenido, las características físicas y funcionales requeridas?	
		NO	
	22	Emite opinión técnica al Subdirector Médico o a al Jefe de Unidad Departamental de la Unidad Médica para su cambio o adecuación.	30 minutos
Subdirección Médica o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica	23	Recibe opinión técnica y apoyo obtenido, realiza los trámites necesarios para su cambio con el proveedor y en cuanto lo tiene disponible, entrega al médico especialista tratante, para continuar con la atención médico-quirúrgica planeada.	1 hora
		(Conecta con la actividad 21)	
		SÍ	
Subdirección Médica o Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica (Médico Especialista)	24	Indica al Subdirector Médico o al Jefe de Unidad Departamental de la Unidad Médica, que informe al personal administrativo, para que coordinadamente con el personal médico a su cargo, se realicen los trámites necesarios para realizar el evento médico-quirúrgico propuesto para el derechohabiente, e informa al proveedor la aceptación del material.	30 minutos
	25	Realiza el evento médico-quirúrgico, le informa sobre las responsabilidades y cuidados posteriores que debe tener para su recuperación.	10 horas

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	26	Elabora la nota médica de la intervención y le informa el resultado de la misma al Subdirector Médico o al Jefe de Unidad Departamental de la Unidad Médica, para integrar el informe mensual de los casos atendidos.	30 minutos
		Fin del Procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 23 horas

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad, es responsable de solicitar, adquirir y entregar el material de osteosíntesis, órtesis, prótesis, ayudas funcionales o medicamentos fuera del cuadro institucional, a derechohabientes beneficiarios en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad, es responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. Es responsabilidad del Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad elaborar las reglas de operación anualmente, en apego a los lineamientos establecidos por el Consejo de Evaluación del Distrito Federal y difundirlas en las Unidades Hospitalarias.
5. El Director de Recursos Materiales realizará el procedimiento administrativo para la adquisición del material de apoyo con fundamento en lo establecido en el Manual Administrativo de la Dirección General de Administración.
6. Es responsabilidad del Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad elaborar el padrón de beneficiarios del Programa de Apoyo para Personas de Escasos Recursos que Requieren de Material de Osteosíntesis, Prótesis, Órtesis, Ayudas Funcionales o Medicamentos Fuera del Cuadro Institucional, con base en los lineamientos establecidos en el Reglamento de Desarrollo Social del Distrito Federal.
7. Es responsabilidad del Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad realizar anualmente la evaluación interna del Programa de Apoyo para Personas de Escasos Recursos que Requieren de Material de Osteosíntesis, Prótesis, Órtesis, Ayudas

Funcionales o Medicamentos Fuera del Cuadro Institucional, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Consejo de Evaluación del Distrito Federal.

8. El Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad deberá diseñar los instrumentos de información y control, para elaborar los informes solicitados por las distintas instancias.

9. El Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Médico es el responsable de dar seguimiento a los trámites para la adquisición y entrega del material de apoyo que prescriban los médicos especialistas de la unidad hospitalaria.

10. El médico especialista es responsable de la prescripción, revisión física y funcional del apoyo en especie y de la aplicación quirúrgica del material y de proporcionar orientación amplia y precisa para la conservación y prolongación de la vida útil del material.

11. Ninguno de los trámites para la gestión relativa al otorgamiento del Programa de Apoyo para Personas de Escasos Recursos que Requieren de Material de Osteosíntesis, Prótesis, Órtesis, Ayudas Funcionales o Medicamentos Fuera del Cuadro Institucional, implicará costo alguno para los derechohabientes candidatos o sus familiares.

12. Todo derechohabientes candidato a recibir el material de apoyo, deberá cumplir con los requisitos establecidos en las Reglas de Operación publicadas en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

13. El recibo de ayuda establecido en el Programa de Apoyo para Personas de Escasos Recursos que Requieren de Material de Osteosíntesis, Prótesis, Órtesis, Ayudas Funcionales o Medicamentos Fuera del Cuadro Institucional, deberá ser requisitado y firmado por el derechohabiente candidato y/o responsable.

14. Es responsabilidad del Jefe de Unidad Departamental de Gratuidad llevar un registro y control de los expedientes de los casos sociales atendidos a través del Programa de Apoyo para Personas de Escasos Recursos que Requieren de Material de Osteosíntesis, Prótesis, Órtesis, Ayudas Funcionales o Medicamentos Fuera del Cuadro Institucional.

15. Se entenderá por "Material de Apoyo" a:

    a) Ayudas funcionales:

        - Aparatos auditivos;
        - Lentes graduados;
        - Sillas de ruedas, bastones, andaderas y muletas, y
        - Medicamentos fuera del cuadro institucional.

b) Prótesis: Dispositivo ortopédico íntimamente ligado al cuerpo, destinado a reemplazar alguna parte ausente del cuerpo, con un fin estético o funcional, o ambos.

c) Órtesis: Dispositivo o aparato generalmente usado para asegurar al cuerpo una forma conveniente, con un fin funcional. Que puede ser de dos tipos:

- Estática: Para sostener el segmento afectado, prevenir contracturas y proteger áreas lesionadas. También para la prevención o corrección de deformidades o limitaciones del juego articular.
- Dinámica: Para facilitar el ejercicio terapéutico y el uso funcional de la extremidad. Tiene por objeto la ayuda o suplencia de una función deficitaria o ausente.

d) Material de Osteosíntesis: Se refiere a otorgar algún elemento empleado para la síntesis o unión de los extremos de los huesos, para soldar elementos articulares o para la anquilosis de una articulación.

16. Se entenderá por "Dirección del Hospital" al área encargada de dirigir los servicios y áreas, médicas y administrativas de las unidades hospitalarias adscritas a la Secretaría de Salud del D. F.

17. Se entenderá por "Médico Especialista" al adscrito a cualquiera de las áreas o servicios a cargo de la Subdirección Médica o la Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria, que proporciona atención médica y puede decidir que el derechohabiente requiere del material de apoyo.

18. Se entenderá por "Enfermera" al personal adscrito al servicio de enfermería dependiente de la Subdirección Médica o a la Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria, que desarrolla actividades de atención de enfermería en consulta externa, hospitalización o urgencias y otorga el apoyo necesario al personal médico, en beneficio de una atención integral, eficiente y efectiva a la población demandante de los servicios médicos.

19. Se entenderá por "Oficina de Trabajo Social" al área encargada de proporcionar apoyo técnico normativo y administrativo en trabajo social, y al equipo multidisciplinario, para coadyuvar en el otorgamiento de una atención de calidad a la población demandante de los servicios médicos, dependiente de la Subdirección Médica o de la Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica de la unidad hospitalaria.

20. Se entenderá por "Trabajadora Social" al personal adscrito al área de trabajo social de la unidad hospitalaria, dependiente de la Subdirección Médica o de la Jefatura de Unidad Departamental de la Unidad Médica. Responsable de la aplicación de métodos

y técnicas específicas de trabajo social a la población demandante de los servicios médicos.

21. Los puestos de apoyo técnico operativos referidos en este procedimiento, están basados en los profesiogramas y cédulas de puestos institucionales, independientemente de su régimen de contratación.

Autorizó

Dra. Cristina Duarte Piña

Jefa de Unidad Departamental de Gratuidad

Nombre del Procedimiento:

Elaboración de los instrumentos de supervisión de los programas de calidad de la atención médica y de los proyectos específicos.

Objetivo General:

Elaborar los instrumentos de supervisión de los criterios para la acreditación y certificación de hospitales, así como de los programas de calidad de la atención médica, de la integración y funcionamiento de los comités técnico-médicos hospitalarios y de los proyectos específicos, prioritarios o de nueva creación, a fin de contar con una herramienta confiable y eficaz para el control y evaluación de dichos programas y proyectos en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	1	Recibe del Subdirector de Instrumentación de Proyectos la indicación de elaborar los instrumentos de supervisión correspondientes a los programas y proyectos.	1 día
	2	Recopila toda la normatividad relacionada con los programas y proyectos, selecciona puntos o temas relevantes a supervisar, estableciendo controles en el proceso, elabora los instrumentos de supervisión y los presenta al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su revisión y aprobación.	15 días
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	3	Recibe instrumentos de supervisión, los revisa, analiza y, decide.	2 días
		¿Los instrumentos de supervisión son adecuados?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Realiza comentarios y observaciones y los entrega junto con los instrumentos de supervisión al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos para su corrección.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	5	Recibe instrumentos de supervisión con comentarios y observaciones, realiza las adecuaciones y los remite al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su aprobación.	2 días
		(Conecta con la actividad 3)	
		SI	
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	6	Aprueba instrumentos de supervisión y los entrega al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos para su aplicación.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	7	Recibe instrumentos de supervisión aprobados. Llegada la fecha programada, los entrega al personal designado para integrar el equipo supervisor, para su conocimiento y aplicación en las áreas vinculadas con la operación de los programas y proyectos, en las visitas de supervisión integral a las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud	1 día
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 23 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es el responsable de elaborar los instrumentos de supervisión de los Programas de Calidad de la Atención Médica y de los proyectos específicos, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

2. El Subdirector de Instrumentación de Proyectos es responsable de supervisar la aplicación del presente procedimiento.
3. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de garantizar la aplicación del presente procedimiento.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de la aplicación del presente procedimiento.
5. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos elaborará los instrumentos de supervisión para evaluar en las unidades hospitalarias la operación de las áreas que participan en la aplicación de los programas de calidad de la atención médica y de los proyectos específicos, prioritarios o de nueva creación de la Secretaría de Salud, así como la integración y funcionamiento de los comités técnico-médicos hospitalarios.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es el responsable del control de los programas federales como son:
   a) Acreditación y Certificación de Unidades Hospitalarias.
   b) SUMAR (Servicios de Urgencias con Mejora en la Atención y el Respeto).
   c) Acuerdos de Gestión (financiamiento de proyectos en materia de servicios de salud).
   d) INDICAS (Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad).
   e) Aval Ciudadano.
   f) Seguridad del Paciente.
   g) Premio Nacional de Calidad.
8. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de verificar la organización y funcionamiento de los comités técnico-médico hospitalarios de cada unidad hospitalaria.
9. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de verificar que cada unidad hospitalaria integre, en apego a la normatividad vigente, los siguientes comités técnico-médico hospitalarios:
   a) Comité de Calidad de la Atención Médica.
   b) Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal.

c) Comité de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales.

d) Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética.

e) Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre.

f) Comité de Insumos.

10. Los instrumentos de supervisión serán revisados periódicamente para su actualización o adaptación de acuerdo con las necesidades de evaluación.

11. Los instrumentos de supervisión deberán contener criterios para evaluar el cumplimiento de las normas oficiales, y toda aquella normatividad institucional y federal vigente con observancia obligatoria en el área o servicio a supervisar.

12. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos deberá observar que en la elaboración de los instrumentos de supervisión, se consideren los criterios para la acreditación y certificación de hospitales, establecidos por la Secretaría de Salud Federal y el Consejo de Salubridad General, respectivamente.

13. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos deberá considerar en la elaboración de los instrumentos de supervisión todos los criterios necesarios para evaluar la operación de los programas de calidad de la atención médica, de los proyectos específicos, prioritarios o de nueva creación de la Secretaría de Salud y de la integración y funcionamiento de los comités técnico-médicos hospitalarios.

14. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" a la guía y cédulas necesarias para verificar la operación de los programas y proyectos específicos que operan en las unidades médicas.

15. Se entenderá por "Programas y Proyectos" a los programas de calidad de la atención médica, que incluyen la integración y funcionamiento de los comités técnico-médicos hospitalarios, así como a los proyectos específicos, prioritarios o de nueva creación de la Secretaría de Salud Federal y del Distrito Federal.

Autorizó

Dra. Julieta Castellanos López Portillo

Jefa de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos

Nombre del Procedimiento:

Supervisión de los programas de calidad de la atención médica y de los proyectos específicos.

Objetivo General:

Supervisar durante el proceso operativo y en forma integral, la aplicación de los criterios para la acreditación y certificación de hospitales, así como de los programas de calidad de la atención médica, la integración y funcionamiento de los comités técnico-médicos hospitalarios y de los proyectos específicos, prioritarios o de nueva creación en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, verificando que el personal se apegue a los elementos técnico-normativos de los mismos, con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de atención médica que se proporcionan a la población derechohabiente y usuaria.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	1	Recibe oficio del Subdirector de Instrumentación de Proyectos en el que le solicita nombre un representante para integrar el equipo supervisor, le envía programa, calendario y objetivos de la supervisión.	1 día
	2	Elabora respuesta al oficio notificando el nombre de su representante, e informa a éste el día y hora en que deberá acudir con el equipo supervisor y le solicita prepare instrumentos de supervisión.	3 días
Coordinación de Servicios Hospitalarios (Equipo Supervisor)	3	Recibe instrucciones y llegado el día y hora se presenta en la dirección de la unidad hospitalaria y aplica en original y copia los instrumentos de supervisión correspondientes a los criterios para la acreditación y certificación de hospitales y a los programas y proyectos.	3 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Detecta omisiones y/o desviaciones y necesidades de capacitación formal e insumos en la operación de los programas y proyectos, proporciona asesoría en el servicio al personal operativo y señala tiempos para la corrección de las fallas detectadas.	3 días
	5	Concluye la supervisión informando verbalmente al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control y al Director de la unidad hospitalaria acerca de los compromisos adquiridos por el personal de las áreas visitadas para que formen parte de la minuta y regresa a su área de adscripción.	1 día
	6	Elabora el informe de supervisión y lo entrega al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos, junto con los instrumentos de supervisión aplicados.	5 días
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	7	Recibe informe de la visita y los instrumentos de supervisión aplicados por parte de su representante y entrega copia de ellos al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control para que elabore el informe integral pormenorizado.	2 días
	8	Analiza informe de supervisión, integra los resultados de las supervisiones realizadas y los entrega al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su conocimiento.	5 días
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 23 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de supervisar los programas de calidad de la atención médica y de los proyectos

específicos, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

2. El Subdirector de Instrumentación de Proyectos es el responsable de supervisar la aplicación del presente procedimiento.
3. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de garantizar la aplicación del presente procedimiento.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es el responsable de la aplicación del presente procedimiento.
5. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos diseñará y/o verificará la aplicación de los instrumentos propuestos por el nivel federal para la supervisión de las áreas que le corresponden y los aplicará en las visitas de supervisión en las que participe.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable del control de los programas federales como son:
   - Acreditación y Certificación de Unidades Hospitalarias.
   - SUMAR (Servicios de Urgencias con Mejora en la Atención y el Respeto).
   - Acuerdos de Gestión (financiamiento de proyectos en materia de servicios de salud).
   - INDICAS (Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad).
   - Aval Ciudadano.
   - Seguridad del Paciente.
   - Premio Nacional de Calidad.
8. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es el responsable de verificar la organización y funcionamiento de los comités técnico-médicos hospitalarios de cada unidad hospitalaria.
9. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de verificar la organización y funcionamiento de los siguientes comités técnico-médicos hospitalarios:

   Comité de Calidad de la Atención Médica.

- Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal.
- Comité de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales.
- Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética.
- Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre.
- Comité de Insumos.

10. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos participará en la supervisión integral, enviando a un representante para que se integre al equipo supervisor, el cual estará coordinado por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control.

11. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos realizará visitas de acuerdo con el programa de supervisión integral establecido por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control, autorizado por el Subdirector de Instrumentación de Proyectos y consensado con el Subdirector de Operación Hospitalaria.

12. El representante de la Jefatura de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos, integrante del equipo supervisor, deberá supervisar en las unidades hospitalarias las áreas que participan en la aplicación de los programas y proyectos, debiendo verificar el cumplimiento de los criterios para la acreditación y certificación de hospitales, establecidos por la Secretaría de Salud Federal y el Consejo de Salubridad General, además de proporcionar los apoyos técnicos y asesoría que requieran para el mejoramiento de los servicios.

13. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de que su representante en el equipo supervisor integre un informe de la supervisión, donde se plasmen todos los factores que directa o indirectamente participan en la operación de los programas y proyectos que se llevan a cabo en la unidad médica.

14. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos deberá elaborar el concentrado de resultados de supervisión, con base en los resultados obtenidos en las supervisiones y en el análisis de la aplicación de los indicadores establecidos, y presentarlo al titular del Subdirector de Instrumentación de Proyectos para la toma de decisiones y retroalimentación del programa.

15. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" a la guía y cédulas necesarias para verificar la operación de los programas y proyectos y que serán aplicados en las unidades hospitalarias.

16. Se entenderá por "Equipo Supervisor" el integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Coordinación de Servicios Hospitalarios, y que realizarán las actividades del programa de supervisión integral definido por la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control, en las unidades hospitalarias.

17. Se entenderá por "Programas y Proyectos" a los programas de calidad de la atención médica, que incluyen la integración y funcionamiento de los comités técnico-médicos hospitalarios, así como a los proyectos específicos, prioritarios o de nueva creación de la Secretaría de Salud.

Autorizó

Dra. Julieta Castellanos López Portillo

Jefa de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos

Nombre del Procedimiento:

Seguimiento de los acuerdos contraídos en la supervisión de los programas de calidad de la atención médica y de los proyectos específicos.

Objetivo General:

Dar seguimiento a los acuerdos contraídos con las autoridades de las unidades hospitalarias, con el objeto de subsanar las omisiones y/o desviaciones detectadas en las áreas y servicios vinculados con la aplicaión de los criterios para acreditación y certificación de hospitales, así como la aplicación de los programas de calidad de la atención médica, de la integración y funcionamiento de los comités técnico-médicos hospitalarios y de los proyectos específicos, prioritarios o de nueva creación de la Secretaría de Salud, durante las visitas de supervisión, para contribuir en la mejora de la calidad de los servicios de atención médica que se proporcionan a la población derechohabiente o usuaria.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	1	Recibe oficio del Subdirector de Instrumentación de Proyectos en el que le solicita nombre un representante para integrar el equipo supervisor, le envía programa, calendario y objetivos de las visitas de seguimiento a los acuerdos contraídos en la supervisión integral previa.	1 día
	2	Da respuesta al oficio enviando el nombre de su representante e informa a éste el día y hora en que deberá acudir con el equipo supervisor y le solicita prepare instrumentos de supervisión para la verificación del seguimiento de acuerdos.	3 días
Coordinacion de Servicios Hospitalarios (Equipo Supervisor)	3	Recibe instrucciones y llegado el día y hora se presenta en la dirección de la unidad hospitalaria y solicita el avance de los compromisos concertados en la supervisión integral anterior.	1 día
		¿Hay avances en los acuerdos?	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		NO	
	4	Apoya al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control en el levantamiento del acta circunstanciada que deberá presentarse ante Contraloría Interna y regresa a su área de adscripción.	1 día
		(Conecta con la actividad 6)	
		SÍ	
	5	Acude a las áreas involucradas en la aplicación de los criterios para acreditación y certificación de hospitales y en el desarrollo de los programas y proyectos, aplica instrumentos de supervisión en original y copia en los apartados relacionados con los acuerdos establecidos e informa verbalmente de los hallazgos al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control.	5 días
	6	Regresa a su área de adscripción al concluir la visita, elabora informe y lo entrega al Jefe de la Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos para su conocimiento, así como los respectivos instrumentos de supervisión aplicados.	5 días
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	7	Recibe informe de la visita de seguimiento de acuerdos realizada y los instrumentos de supervisión aplicados por parte de su representante y entrega copia de ellos al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control para que elabore el informe integral pormenorizado.	2 días
	8	Analiza informe de supervisión, integra los resultados de las supervisiones realizadas en un informe y lo entrega al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su conocimiento.	5 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 23 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es el responsable de dar seguimiento a los acuerdos contraídos en la supervisión de los programas de calidad de la atención médica y de los proyectos específicos, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Subdirector de Instrumentación de Proyectos es responsable de supervisar la aplicación del presente procedimiento.
3. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es el responsable de garantizar la aplicación del presente procedimiento.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de la aplicación del presente procedimiento.
5. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos diseñará los instrumentos de supervisión de las áreas que le corresponden y los aplicará en las visitas de supervisión en las que participe.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos enviará a un representante para que se integre al equipo supervisor, el cual estará coordinado por la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control.
8. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos realizará visitas de acuerdo a la programación de seguimiento de compromisos adquiridos, establecida por la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control, autorizada por el Subdirector del Operación Hospitalaria y consensada con el Subdirector de Instrumentación de Proyectos.
9. El representante de la Jefatura de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos integrante del equipo supervisor, deberá dar seguimiento a los acuerdos contraídos en las áreas que participan en la aplicación de criterios para la acreditación

y certificación de hospitales, así como de los programas y proyectos en las unidades hospitalarias.

10. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es la responsable de garantizar que su representante en el equipo supervisor integre un informe de seguimiento de los acuerdos contraídos, donde se plasmen todos los factores que directa o indirectamente participan en la operación de los programas y proyectos, que fueron detectados durante la supervisión.
11. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos deberá integrar los resultados de las visitas de seguimiento en el concentrado de resultados de supervisión y el reporte de evaluación de los programas y proyectos.
12. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" a la guía y cédulas necesarias para verificar la operación de los programas y proyectos que se aplican en las unidades hospitalarias.
13. Se entenderá por "Equipo Supervisor" el integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Coordinación de Servicios Hospitalarios, y que realizarán las actividades del programa de supervisión integral definido por la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control, en las unidades hospitalarias.
14. Se entenderá por "Programas y Proyectos" a los programas de calidad de la atención médica, que incluyen la integración y funcionamiento de los comités técnico-médicos hospitalarios, así como a los proyectos específicos, prioritarios o de nueva creación de la Secretaría de Salud.

Autorizó

Dra. Julieta Castellanos López Portillo

Jefa de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos

Nombre del Procedimiento:

Evaluación y control de los programas de calidad de la atención médica y de los proyectos específicos en unidades hospitalarias.

Objetivo General:

Evaluar y controlar los programas de calidad de la atención médica, la integración y funcionamiento de los comités técnico-médicos hospitalarios y los proyectos específicos, prioritarios o de nueva creación de la Secretaría de Salud, que se desarrollan en las unidades hospitalarias dependientes de la misma, así como la aplicación de los criterios para la acreditación y certificación de hospitales, con el propósito de verificar la operación de dichos programas y proyectos y para coadyuvar a mejorar la calidad de la atención médica que se otorga.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	1	Recibe instrucciones del Subdirector de Instrumentación de Proyectos para dar seguimiento al alcance de las metas programadas en cada uno de los programas y proyectos aplicados en unidades hospitalarias y a la aplicación de los criterios para la acreditación y certificación de hospitales.	1 hora
	2	Solicita, a través de oficio, al titular de la dirección de la unidad hospitalaria, el informe mensual de productividad de los programas y proyectos que se llevan a cabo en la unidad y del avance en la aplicación de los criterios.	1 hora
Director de la Unidad Hospitalaria	3	Recibe oficio, recaba información, la analiza, prepara informe mensual de productividad y lo envía al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos para su revisión y análisis.	30 minutos

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	4	Recibe informe mensual de productividad, lo revisa y analiza.	1 día
		¿Cumple con las metas establecidas?	
		NO	
	5	Elabora oficio y lo envía al titular de la dirección de la unidad hospitalaria correspondiente, junto con el análisis del informe y estrategias a seguir para corregir la situación.	1 hora
Director de la Unidad Hospitalaria	6	Recibe oficio, análisis del informe y estrategias a seguir, las aplica, cuida que se de cumplimiento a las metas e informa de los resultados obtenidos a la Jefatura de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos.	* 5 días
		(Conecta con la actividad 4)	
		SÍ	
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	7	Realiza concentrado por tipo de programa y proyecto de acuerdo con los indicadores establecidos y lo remite al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su conocimiento y contribución en la toma de decisiones.	1 día
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 9 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de evaluar y controlar los programas de calidad de la atención médica y de los proyectos específicos en unidades hospitalarias, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

2. El Jefe de Instrumentación de Proyectos es el responsable de supervisar la aplicación del presente procedimiento.
3. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es el responsable de garantizar la aplicación del presente procedimiento.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de la aplicación del presente procedimiento.
5. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
6. El Director de cada unidad hospitalaria es responsable de implantar y vigilar la aplicación de los criterios para la acreditación y certificación de hospitales, así como la operación de los programas y proyectos, a fin de establecer las acciones específicas que contribuyan a mejorar la calidad de la atención que presten.
7. El director de la unidad hospitalaria es responsable de concentrar, analizar y evaluar permanente y sistemáticamente, los informes recibidos, resultado de las supervisiones.
8. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de recibir la información oficial a través de formatos estandarizados, tanto de carácter federal como local.
9. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es el responsable de analizar y evaluar permanente y sistemáticamente los informes recibidos de cada unidad hospitalaria, efectuar un seguimiento de los compromisos contraídos y la corrección de los problemas reportados, hasta su solución.
10. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de diseñar y proponer alternativas de mejora continua para la solución de problemas de alto impacto.
11. El director de la unidad hospitalaria es responsable de rendir un informe mensual concentrado al Subdirector de Instrumentación de Proyectos con atención al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Prioritarios, destacando los problemas identificados y las acciones sustantivas implementadas para su solución.
12. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de concentrar la información oficial recibida de las unidades hospitalarias a través de los formatos estandarizados tanto federales como locales.
13. Se entenderá por "Programas y Proyectos" a los programas de calidad de la atención médica, que incluyen la integración y funcionamiento de los comités técnico-médicos

hospitalarios, así como a los proyectos específicos, prioritarios o de nueva creación de la Secretaría de Salud.

14. El tiempo estimado como variable responde a las estrategias que la dirección de la unidad hospitalaria considere necesario plantear y aplicar para cumplir con las metas establecidas.

Autorizó

Dra. Julieta Castellanos López Portillo

Jefa de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos

Nombre del Procedimiento:

Elaboración del programa anual de acreditación de unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

Objetivo General:

Elaborar el programa anual de acreditación de las unidades hospitalarias, a fin de seleccionar a las unidades que puedan dar cumplimiento a los criterios establecidos para la acreditación.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	1	Recibe indicaciones del Subdirector de Instrumentación de Proyectos para que elabore el programa anual de acreditación de las unidades hospitalarias de la Secretaria de Salud, en base a los lineamientos establecidos en el manual de acreditación de la Secretaría de Salud Federal.	1 día
	2	Elabora oficios para las unidades hospitalarias, solicitando la Memoria Médica Arquitectónica de su unidad, tramita su autorización a través del Subdirector de Instrumentación de Proyectos y los remite junto con los formatos al Director de la Unidad Hospitalaria, archiva acuses de recibido en expediente de acreditación.	1 día
Director de la Unidad Hospitalaria	3	Recibe y revisa oficio y formato de Memoria Médica Arquitectónica, recaba información, requisita formato y lo envía completo mediante oficio al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos, a través del Director General de Servicios Médicos y Urgencias, archiva acuse de recibido.	5 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	4	Recibe oficios y formatos de Memoria Médica Arquitectónica, realiza análisis del estado estructural de las unidades, revisa y analiza los lineamientos y elabora la propuesta del programa anual de acreditación, lo turna al Subdirector de Instrumentación de Proyectos, para su revisión.	5 días
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	5	Recibe, revisa y analiza la propuesta del programa anual de acreditación y, decide.	1 dia
		¿Es consistente la propuesta?	
		NO	
	6	Señala inconsistencias y regresa el proyecto al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos, dándole indicaciones para realizar las adecuaciones pertinentes.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	7	Revisa indicaciones, las analiza, realiza las adecuaciones solicitadas a la propuesta y la remite al Subdirector de Instrumentación de Proyectos.	2 días
		(Conecta con la actividad 5)	
		SÍ	
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	8	Entrega Propuesta del programa anual de acreditación al Director de Atención Hospitalaria para su aprobación y trámite de autorización.	1 día
Director de Atención Hospitalaria	9	Recibe y revisa propuesta del programa, lo aprueba y tramita su autorización a través del Director General de Servicios Médicos y Urgencias, del titular de la Secretaría de Salud y del Responsable del Sistema de Protección Social en Salud del Distrito Federal.	5 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	10	Entrega programa autorizado y firmado al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos, a través del Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su envío al Director General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaria de Salud Federal.	15 dias
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	11	Recibe programa autorizado, lo firma, elabora oficio para el Director General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaria de Salud Federal, para solicitar su autorización y calendarización de visitas, tramita su autorización a través del Subdirector de Instrumentación de Proyectos y lo remite al Director General de Calidad y Educación en Salud junto con el programa anual de acreditación, archiva acuse de recibido.	1 día
Director General de Calidad y Educación en Salud	12	Recibe programa anual de acreditación, lo revisa, calendariza y autoriza y lo envía mediante oficio al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos a través del Director General de Servicios Médicos y Urgencias, para su aplicación.	15 días
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	13	Recibe programa anual de acreditación autorizado, lo envía mediante oficio signado por el Director General de Servicios Médicos y Urgencias, al Sistema de Protección Social en Salud del Distrito Federal, para su conocimiento y seguimiento, archiva acuse de recibido.	1 día

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	14	Realiza visitas a las unidades hospitalarias, les informa sobre el programa anual de acreditación y su aplicación, así como la fecha programada para la evaluación por parte del Director General de Calidad y Educación en Salud, para la obtención de la acreditación de los diferentes servicios de la unidad, e informa a la Subdirección de Instrumentación de Proyectos.	1 día
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 56 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de elaborar el programa anual de acreditación de las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Subdirector de Instrumentación de Proyectos es responsable de supervisar la aplicación del presente procedimiento.
3. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es el responsable de garantizar la aplicación del presente procedimiento.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de la aplicación del presente procedimiento.
5. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es la responsable de elaborar el programa anual de acreditación de las unidades hospitalarias, en base a los lineamientos establecidos en el Manual de Acreditación de la Secretaría de Salud Federal.
7. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias a través del Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos solicitará a las unidades hospitalarias en el mes de noviembre de cada año, su memoria médica arquitectónica, la cual deberá ser remitida en los primeros quince días del mes de diciembre.

8. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias a través del Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Especiales deberá enviar el programa anual de acreditación de las unidades hospitalarias de la Secretaría, al Director General de Calidad y Educación en Salud, de la Secretaría de Salud Federal, para su autorización a más tardar el día 30 de enero del año correspondiente.

9. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias deberá notificar al Sistema de Protección Social en Salud del Distrito Federal el calendario autorizado por la Secretaría de Salud Federal, para la acreditación de las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

10. Se entenderá por "Dirección del Hospital" al área encargada de dirigir los servicios y áreas, medicas y administrativas de las unidades hospitalarias adscritas a la secretaria.

Autorizó

Dra. Julieta Castellanos López Portillo

Jefa de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos

Nombre del Procedimiento:

Preparación de las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud para la acreditación.

Objetivo General:

Preparar a las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, en base a los lineamientos establecidos, a fin de que las mismas obtengan la acreditación en los diferentes servicios.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	1	Recibe indicaciones del Subdirector de Instrumentación de Proyectos para llevar a cabo la preparación de las unidades hospitalarias para la acreditación, en base a los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud Federal.	1 día
	2	Solicita al Director de Unidad Hospitalaria mediante oficio asignado por el Director General de Servicios Médicos y Urgencias, realizar su autoevaluación a través del formato de captura electrónica para la auditoria de procesos, guía de auditoría, y remitirlo para su análisis, archiva acuses de recibido.	1 día
Director de la Unidad Hospitalaria	3	Recibe y revisa oficio, requisita el formato de Captura electrónica para la auditoria de procesos, guía de auditoría y lo envía mediante oficio al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos, a través del Director General de Servicios Médicos y Urgencias, archivan acuse de recibido y copia del formato, en expediente de acreditación.	5 días
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	4	Recibe y revisa los formatos de captura electrónica para la auditoria de procesos, guía de auditoría, de las unidades hospitalarias, y decide.	5 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		¿Los formatos están debidamente requisitados?	
		NO	
	5	Realiza observaciones y las remite junto con el formato a la dirección de unidad hospitalaria correspondiente para su corrección.	3 días
Director de la Unidad Hospitalaria	6	Recibe y revisa observaciones, realiza correcciones al formato y lo envía al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos.	2 días
		(Conecta con la actividad 4)	
		SÍ	
Jefe de Unidad Departamental de Proyectos Específicos	7	Realiza visitas a las unidades hospitalarias y verifica la información solicitada; realiza análisis de la autoevaluación de las mismas, identifica problemática, determina acciones para su solución, elabora informe y lo entrega al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su conocimiento y autorización.	1 día
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	8	Recibe, revisa y analiza informe, tramita su autorización a través del Director de Atención Hospitalaria y lo entrega al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos y le da indicaciones para que lleve a cabo el seguimiento de las acciones correctivas de las unidades hospitalarias	5 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	9	Recibe informe autorizado, elabora oficio de solicitud para el Director General correspondiente, de acuerdo a los requerimientos necesarios de cada unidad, para obtener la acreditación, los entrega al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su autorización por el Director General de Servicios Médicos y Urgencias, archiva informe.	5 días
Subdirector de Instrumentación de Proyectos	10	Recibe y revisa oficios, tramita su autorización a través del Director de Atención Hospitalaria, los entrega al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos, para su trámite y le solicita informe a las unidades hospitalarias correspondientes	3 días
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	11	Recibe oficios autorizados, los entrega al Director General correspondiente y archiva acuses de recibido, envía mediante oficio al Director de la Unidad Hospitalaria copia de oficios, para su conocimiento y atención, archiva acuses de recibido.	1 día
Director de Unidad Hospitalaria	12	Recibe y revisa oficios. Integra la documentación requerida para el proceso de acreditación, recibe de las diferentes Direcciones Generales, según sea el caso, el apoyo necesario y le informa al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos.	15 días
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	13	Realiza visitas de seguimiento de las acciones correctivas en las unidades hospitalarias, brinda asesoría necesaria al personal involucrado en la acreditación con base a la problemática detectada, hasta su solución.	1 día

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	14	Revisa que los formatos de captura electrónica para la auditoria de procesos, guía de auditoría, de las unidades hospitalarias cumplan con los criterios requeridos y se encuentren en condiciones de inscribirse a la acreditación, archiva copias.	3 días
	15	Envía mediante oficio y/o correo electrónico al Director General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal, listado y formatos de las unidades hospitalarias para su inscripción a la acreditación, signados por el Director General de Servicios Médicos y Urgencias, archiva copia del oficio y/o correo electrónico.	1 día
Director General de Calidad y Educación en Salud	16	Recibe y revisa oficios y/o correo electrónico, establece fechas de auditoría a las unidades hospitalarias, e informa al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos a través del Director General de Servicios Médicos y Urgencias.	15 días
	17	Realiza evaluación a las unidades hospitalarias propuestas de acuerdo al calendario establecido, mediante el formato de captura electrónica para la auditoria de procesos, guía de auditoría.	15 días
	18	Envía el dictamen de acreditación de las unidades hospitalarias aprobadas mediante oficio al titular de la Secretaría de Salud, para su conocimiento y entrega del mismo, así como el resultado no aprobatorio de las unidades hospitalarias correspondientes, para que realicen el plan de contingencia en el plazo establecido.	15 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Secretaría de Salud	19	Recibe dictamen de acreditación de las unidades hospitalarias que obtuvieron la calificación aprobatoria, los envía a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias para su entrega, y le indica informe a las unidades hospitalarias no aprobadas, para elaborar su plan de contingencia.	1 día
Director General de Servicios Médicos y Urgencias	20	Recibe dictamen de acreditación y lo entrega a la Dirección de la Unidad Hospitalaria correspondiente y le indica al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos informe resultado no aprobado a las unidades hospitalarias correspondientes.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos	21	Recibe indicaciones, informa a las unidades hospitalarias correpondientes el resultado de su evaluación y les solicita realicen su plan de contingencia en el plazo establecido.	1 día
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 99 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad de Proyectos Específicos es responsable de preparar a las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud para la acreditación, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad de Proyectos Específicos es el responsable de garantizar la aplicación del presente procedimiento.
3. El Subdirector de Instrumentación de Proyectos es el responsable de supervisar la aplicación del presente procedimiento.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad de Proyectos Específicos es el responsable de la aplicación del presente procedimiento.

5. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos deberá instruir al cuerpo de gobierno de las unidades hospitalarias para que realicen la autoevaluación de su unidad, a través del formato de captura electrónica para la auditoria de procesos, guía de auditoria.
7. El Director de la unidad hospitalaria deberá remitir al Director General de Servicios Médicos y Urgencias de acuerdo a la fecha establecida, el formato de captura electrónica para la auditoria de procesos, guía de auditoría, para su entrega al Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos.
8. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es responsable de validar la información de la autoevaluación de las unidades hospitalarias y seleccionar de acuerdo a los resultados obtenidos las unidades correspondientes para la acreditación.
9. El Jefe de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos es la responsable de proporcionar la asesoría necesaria a las unidades hospitalarias correspondientes, para coadyuvar a solucionar las desviaciones encontradas en la acreditación.
10. La unidad hospitalaria que no haya obtenido la acreditación en los servicios correspondientes, deberá elaborar su plan de contingencia, en base a los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud Federal.
11. Se entenderá por "Dirección del Hospital" al área encargada de dirigir los servicios y áreas, medicas y administrativas de las unidades hospitalarias adscritas a la Secretaría.

Autorizó

Dra. Julieta Castellanos López Portillo

Jefa de Unidad Departamental de Calidad y Proyectos Específicos

Nombre del Procedimiento:

Elaboración e instrumentación del programa de atención prehospitalaria y desastres.

Objetivo General:

Elaborar y actualizar anualmente o antes por necesidades extraordinarias, el programa de atención prehospitalaria y desastres, para el desarrollo de sus actividades, con la participación de las diferentes áreas operativas del Sistema de Salud del Distrito Federal, a fin de mejorar la atención prehospitalaria en caso de urgencias y desastres.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	1	Convoca a reunión al Subdirector de Atención Prehospitalaria así como a los Jefes de Unidades Departamentales a su cargo, para solicitarles la información actualizada en la materia, para la elaboración del programa.	1 día
Subdirector de Atención Prehospitalaria y Jefaturas de Unidad Departamental	2	Acuden a la reunión, reciben lineamientos, aceptan responsabilidades y tiempos para su entrega.	1 día
	3	Revisan información actualizada, la analizan, acuerdan e Integran un documento conforme a los lineamientos establecidos y lo presentan al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres.	10 días
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	4	Recibe, revisa y analiza la información.	2 días
		¿Es suficiente y correcta la información para integrar el programa?	1 día
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	5	Emite comentarios y sugerencias al documento presentado y lo remite al Subdirector de Atención Prehospitalaria y Jefes de Unidades Departamentales para que realicen correcciones.	2 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria y Jefaturas de Unidad Departamental	6	Reciben el documento, lo revisan, realizan las modificaciones pertinentes y lo remiten al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres.	2 días
		(Conecta con la actividad 4)	
		SÍ	
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	7	Integra la información, elabora su programa y lo presenta al Director de Atención Hospitalaria.	8 días
Director de Atención Hospitalaria	8	Recibe y revisa el programa, en su caso realiza algún comentario o sugerencia, lo aprueba y lo remite al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su implementación.	3 días
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	9	Recibe el programa, en su caso realiza los cambios sugeridos y realiza la difusión del programa a las áreas administrativas y operativas correspondientes para la implementación del mismo.	5 días
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 35 días

Aspectos a Considerar:

1. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres es el responsable de la elaboración e instrumentación del programa de atención prehospitalaria y desastres, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

2. El Director de Atención Hospitalaria es la instancia responsable de verificar la aplicación del presente procedimiento.
3. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres es la instancia responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
4. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
5. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres deberá elaborar el programa del periodo anual siguiente, y remitirlo para su difusión, operación, seguimiento y evaluación, a las unidades administrativas y operativas correspondientes.
6. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres integrará el programa, con la información presentada en los programas de la Subdirección de Atención Prehospitalaria y de las Jefaturas de Unidad Departamental a su cargo.
7. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres vigilará el cumplimiento de las estrategias y acciones del programa general de protección civil, en la atención prehospitalaria y en casos de contingencias y desastres.
8. Para la elaboración del programa, el Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres, así como el Subdirector Atención Prehospitalaria, deberán revisar y analizar la legislación de salud vigente y la literatura médica respectiva, así como garantizar el apego a la normatividad aplicable y a las modificaciones normativo-administrativas emitidas por los órganos de competencia, a fin de implementar los avances científicos en el modelo de atención de urgencias prehospitalarias y medicina de desastres.

Autorizó

Dr. Fernando Román Morales

Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres

Nombre del Procedimiento:

Coordinación de las actividades interinstitucionales en materia de atención prehospitalaria y desastres.

Objetivo General:

Coordinar las actividades interinstitucionales que sobre atención prehospitalaria y desastres se lleven a cabo, a fin de proponer, dar seguimiento y desarrollar normas, procedimientos y acciones para otorgar una respuesta oportuna y eficaz en caso de urgencias médicas prehospitalarias y desastres en el Distrito Federal.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	1	Recibe del Director de Atención Hospitalaria, la instrucción para convocar a las instituciones del sector salud que otorgan atención prehospitalaria en casos de urgencias médicas y desastres, para la elaboración de documentos normativos sobre la materia.	1 día
	2	Elabora un diagnóstico de la situación que prevalece en las unidades operativas de la Secretaría de Salud, determinando el grado de desviaciones y cumplimiento sobre la normatividad vigente.	10 días
	3	Revisa los documentos legales actualizados sobre la materia y elabora las bases para el Sistema Integral de Urgencias Médic.as (SIUM).	10 días
	4	Convoca a las instituciones del sector salud que otorgan atención prehospitalaria en casos de urgencias médicas y desastres, y elabora minutas, orden del día y notas informativas para los participantes.	3 días
	5	Participa como secretario técnico de la reunión, elabora un informe sobre lo analizado y acordado	4 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		en la misma, y lo presenta al Director de Atención Hospitalaria.	
Director de Atención Hospitalaria	6	Recibe y analiza el informe, acuerda con el Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres las políticas y los lineamientos estratégicos de acción a seguir.	2 días
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	7	Presenta el análisis y posicionamiento institucional ante las mesas de coordinación institucionales para argumentar, tantas veces como sea necesario hasta llegar al consenso del Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM).	5 días
	8	Realiza los ajustes necesarios al documento hasta integrar el Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM) y lo presenta al Director de Atención Hospitalaria para su conocimiento y firma.	3 día
Director de Atención Hospitalaria	9	Recibe el documento del Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM), lo revisa, firma y lo entrega al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su difusión e implementación.	2 días
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	10	Recibe el documento y gira instrucciones al Subdirector de Atención Prehospitalaria para reproducir el documento y entregarlo a las unidades administrativas, directivas y operativas de la institución.	1 día
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 40 días

Aspectos a Considerar:

1. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres es responsable de coordinar las actividades interinstitucionales en materia de atención prehospitalaria y desastres,

para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

2. El Director de Atención Hospitalaria es responsable de verificar la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres es responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
4. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
5. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres es responsable de proponer, dar seguimiento y desarrollar normas para la prestación de servicios en las áreas operativas, producto de la evaluación, análisis y modernización, que permitan estandarizar la atención y ofrecer un modelo de atención homogéneo, basado en modelos científicos actualizados y apegados a la legislación aplicable, así como a las normas y procedimientos vigentes.
6. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres deberá revisar los documentos legales (leyes, normas, publicaciones científicas, etc.) actualizados, en relación con la materia de desastres y contingencias.
7. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres deberá revisar las propuestas de estandarización de la información, relacionadas con la atención prehospitalaria.
8. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres deberá de establecer un cronograma de actividades de común acuerdo con las instancias participantes.
9. El Director General de Servicios Médicos y Urgencias asegurará la prestación de servicios de atención médica y psicológica en casos de emergencia o desastre.
10. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres vigilará el cumplimiento de las estrategias y acciones del programa general de protección civil, en la atención prehospitalaria y en casos de contingencias y desastres.

11. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres deberá convocar a los responsables de la atención prehospitalaria y desastres de cada institución en el Distrito Federal, para el análisis de la problemática detectada y la elaboración de propuestas de solución.

Autorizó

Dr. Fernando Román Morales

Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres

Nombre del Procedimiento:

Supervisión y evaluación de los programas de atención prehospitalaria.

Objetivo General:

Supervisar y evaluar el avance de los programas de atención prehospitalaria, a su cargo, a fin de cumplir con las metas y objetivos planteados en dichos programas, así como para corregir las desviaciones encontradas, para que la atención prehospitalaria en casos de urgencias médicas que se otorga a los habitantes de la Ciudad de México, sea oportuna y eficaz.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	1	Solicita al Subdirector de Atención Prehospitalaria así como a los Jefes de Unidades Departamentales el informe de los avances en el cumplimiento del Programa respectivo.	3 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria y Jefaturas de Unidad Departamental	2	Reciben indicaciones de elaborar el informe de los avances en el cumplimiento del programa. Define acciones de evaluación a seguir, la metodología y el cronograma de las visitas de supervisión a las unidades operativas.	3 días
	3	Acuden a supervisar a las unidades operativas y emiten informe de los avances en el cumplimiento del programa obtenidos en la supervisión y evaluación, el cual envían al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres.	4 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	4	Recibe, analiza y discute con el Subdirector de Atención Prehospitalaria el resultado del informe, establece las acciones preventivas y correctivas a seguir y le indica envíe por oficio los acuerdos tomados, a las unidades operativas para su aplicación.	1 día
Subdirector de Atención Prehospitalaria	5	Informa a las unidades operativas y establecen las fechas de la próxima supervisión para revisar los avances alcanzados.	1 día
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 12 días

Aspectos a Considerar:

1. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres es el responsable de la supervisión y evaluación de los programas de trabajo, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Director de Atención Hospitalaria es responsable de verificar la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
4. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
5. Es responsabilidad del Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres supervisar y evaluar el cumplimiento de los programas bajo su responsabilidad.

Autorizó

Dr. Fernando Román Morales

Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres

Nombre del Procedimiento:

Representación y seguimiento de los acuerdos derivados de reuniones de coordinación interinstitucional.

Objetivo General:

Representar a la Secretaría de Salud y darle seguimiento a los acuerdos establecidos en las reuniones de colaboración y coordinación interinstitucional, con el fin de mejorar la calidad de los servicios y el mecanismo de participación de las instituciones.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Director de Atención Hospitalaria	1	Dirige oficio de comisión al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para que en representación de la Secretaría de Salud asista a la reunión de coordinación interinstitucional y anexa los documentos para la misma.	1 día
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	2	Recibe oficio de comisión y documentos, y acude a la reunión de coordinación interinstitucional convocada.	1 día
	3	Elabora informe acerca de los asuntos tratados y acuerdos tomados en la reunión, y lo turna a la Dirección de Atención Hospitalaria para su conocimiento.	2 días
Director de Atención Hospitalaria	4	Recibe y analiza el informe de la reunión, define las acciones a seguir para el cumplimiento de los acuerdos y compromisos contraídos por la institución, indicándole al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres, las instrucciones para dar seguimiento y elaborar el reporte del avance de los mismos.	3 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	5	Recibe instrucciones acerca de las acciones a realizar para el cumplimiento de los compromisos contraídos en la reunión, los lleva a cabo, elabora el reporte de avances obtenidos y lo envía al Director de Atención Hospitalaria.	1 día
Director de Atención Hospitalaria	6	Recibe reporte de avances obtenidos en el seguimiento de los acuerdos contraídos en la reunión de coordinación interinstitucional.	1 día
		¿Requieren de algún ajuste las acciones desarrolladas?	
		SÍ	
	7	Emite comentarios y regresa el reporte al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para que realice las correcciones o modificaciones pertinentes.	2 días
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	8	Recibe reporte de avances y comentarios, realiza correcciones o modificaciones pertinentes y lo remite al Director de Atención Hospitalaria para su autorización.	2 días
		(Conecta con la actividad 6)	
		NO	
Director de Atención Hospitalaria	9	Comunica al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres la aprobación de los avances en el cumplimiento de los acuerdos contraídos en las reuniones de coordinación interinstitucional y le solicita la conclusión y presentación en la siguiente reunión.	2 días
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 15 días

Aspectos a Considerar:

1. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres es responsable de la representación y seguimiento de los acuerdos derivados de reuniones de coordinación interinstitucional, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Director de Atención Hospitalaria es el responsable de verificar la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres es responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
4. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
5. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres tendrá la responsabilidad de asistir a reuniones de coordinación interinstitucional con las instituciones de salud, seguridad pública y bienestar social, en representación de la Secretaría de Salud.
6. Para asistir como representante de la Secretaría de Salud a las reuniones de coordinación interinstitucional, el Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres deberá contar con:
   a. Oficio de comisión a la reunión de coordinación interinstitucional, emitido por la Dirección de Atención Hospitalaria.
   b. El orden del día y documentación para la reunión.
   c. La información sustantiva previa de los asuntos a tratar en la reunión.
7. Al término de la reunión, el Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres deberá entregar un informe pormenorizado a la Dirección de Atención Hospitalaria, sobre el contenido de la reunión, compromisos adquiridos y cronograma de actividades.

Autorizó

Dr. Fernando Román Morales

Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres

Nombre del Procedimiento:

Elaboración del programa de contingencias y desastres.

Objetivo General:

Elaborar el programa de contingencias y desastres, con la finalidad de otorgar una atención médica eficaz y oportuna a la población afectada por fenómenos de origen natural o antrópicos en el Distrito Federal.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	1	Convoca a reunión al Jefe de la Unidad Departamental de Contingencias y Desastres, para solicitarle la elaboración del programa de contingencias y desastres e indicarle el tiempo para su entrega.	2 días
Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres	2	Recibe instrucciones, consulta, organiza y analiza la información necesaria para la elaboración del programa de contingencias y desastres.	20 días
	3	Integra la información, elabora el programa de contingencias y desastres y lo presenta al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su revisión y en su caso aprobación.	5 días
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	4	Recibe y revisa el programa.	3 días
		¿Está correctamente integrado el programa?	
		NO	
	5	Emite comentarios y lo remite al Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres para que realice correcciones.	1 día

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres	6	Recibe el programa, realiza las correcciones de acuerdo con las observaciones señaladas y lo remite nuevamente al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su aprobación.	3 días
		(Conecta con la actividad 4)	
		SÍ	
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	7	Otorga el visto bueno al programa y lo remite al Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres con las indicaciones pertinentes para su aplicación.	2 días
Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres	8	Recibe el programa aprobado y elabora oficios para la difusión y aplicación del mismo en las unidades técnico-operativas.	5 días
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 41 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres es el responsable de la elaboración del programa de contingencias y desastres, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres es responsable de garantizar la aplicación de este procedimiento.
3. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
4. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
5. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres es responsable de elaborar el programa de contingencias y desastres, una vez autorizado, procederá a su difusión, operación, seguimiento y evaluación en las unidades operativas correspondientes.

6. Para la elaboración del programa de contingencias y desastres el Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres deberá:

   a. Revisar periódicamente la legislación vigente para detectar las modificaciones que sean de la competencia del área de contingencias y desastres.

   b. Revisar periódicamente la literatura médica en desastres, a fin de implementar los avances científicos en el modelo de atención del programa de contingencias y desastres.

   c. Analizar y aplicar las modificaciones normativo-administrativas emitidas por los órganos de competencia que afecten al programa de contingencias y desastres

Autorizó

Arq. Martín Durán Lara

Jefe de la Unidad Departamental de Contingencias y Desastres

Nombre del Procedimiento:

Elaboración de los instrumentos de supervisión del programa de contingencias y desastres.

Objetivo General:

Elaborar los instrumentos de supervisión del programa de contingencias y desastres, para contar con una herramienta confiable y eficaz para el control y evaluación del mismo, a fin de salvaguardar la vida y salud de los habitantes del Distrito Federal.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres	1	Recibe del Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres, la indicación de elaborar los instrumentos de supervisión correspondientes al programa de contingencias y desastres.	1 día
	2	Recopila toda la normatividad relacionada con el programa de contingencias y desastres, selecciona puntos o temas relevantes para evaluar, estableciendo controles en el proceso, integra los instrumentos de supervisión y los presenta al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su revisión y aprobación.	8 días
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	3	Recibe instrumentos de supervisión, los revisa y analiza.	2 días
		¿Son adecuados los instrumentos de supervisión?	
		NO	
	4	Hace comentarios y observaciones y los devuelve al Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres para su corrección.	2 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres	5	Recibe instrumentos de supervisión con comentarios y observaciones, realiza las adecuaciones y los remite nuevamente al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su aprobación.	3 días
		(Conecta con la actividad 3)	
		SÍ	
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	6	Aprueba instrumentos de supervisión y los entrega al Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres para su aplicación.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres	7	Recibe instrumentos de supervisión aprobados, y llegada la fecha programada, los entrega al personal designado para integrar el equipo supervisor para su conocimiento y aplicación en las áreas vinculadas con el programa de contingencias y desastres en las visitas de supervisión integral.	1 día
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 18 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres es el responsable de la elaboración de los instrumentos de supervisión del programa de contingencias y desastres, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal
2. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres es responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.

4. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres elaborará los instrumentos de supervisión para evaluar en las unidades hospitalarias la operación del programa de contingencias y desastres.
5. Los instrumentos de supervisión deberán contener criterios para evaluar el cumplimiento de las normas oficiales, y toda aquella normatividad institucional y federal vigentes con observancia obligatoria en el área o servicios a supervisar.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres deberá observar que en la elaboración de los instrumentos de supervisión, se consideren los criterios para la acreditación y certificación de hospitales, establecidos por la Secretaría de Salud Federal y el Consejo de Salubridad General, respectivamente.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres deberá considerar en la elaboración de los instrumentos de supervisión, todos los criterios necesarios para evaluar la operación del programa de contingencias y desastres.
8. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" la guía o cédulas necesarias para verificar la operación del programa de contingencias y desastres y que serán aplicados en las unidades hospitalarias.

Autorizó

Arq. Martín Durán Lara

Jefe de la Unidad Departamental de Contingencias y Desastres

Nombre del Procedimiento:

Supervisión del programa de contingencias y desastres.

Objetivo General:

Supervisar durante el proceso operativo y en forma integral, la aplicación del programa de contingencias y desastres, verificando que el personal profesional y técnico-operativo se apegue a los elementos técnico-normativos del mismo, con la finalidad de proporcionar eficazmente, servicios de atención médica a la población afectada por fenómenos de origen natural o antrópicos en el Distrito Federal.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de la Unidad Departamental de Contingencias y Desastres	1	Recibe oficio del Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres en el que le solicita nombre un representante para integrar el equipo supervisor, le envía programa, calendario y objetivos de la supervisión.	1 día
	2	Da respuesta al oficio enviando el nombre de su representante e informa a éste, el día y hora en que deberá acudir con el equipo supervisor y le solicita prepare instrumentos de supervisión.	1 día
Jefatura de la Unidad Departamental de Contingencias y Desastres (Equipo Supervisor)	3	Recibe instrucciones y llegado el día y hora se presenta en la Dirección de la unidad hospitalaria y aplica en original y copia los instrumentos de supervisión correspondientes al programa de trabajo de contingencias y desastres.	3 días
	4	Detecta omisiones y/o desviaciones, necesidades de capacitación formal en la operación del programa de trabajo de contingencias y desastres, proporciona asesoría al personal operativo y señala tiempos para la corrección de las fallas detectadas.	3 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	5	Concluye la supervisión informando verbalmente al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control y al director de la unidad hospitalaria los compromisos adquiridos por el personal de las áreas visitadas, para que formen parte de la minuta y regresa a su área de adscripción.	3 días
	6	Elabora el informe de la supervisión y lo entrega al Jefe de la Unidad Departamental de Contingencias y Desastres junto con los instrumentos de supervisión aplicados.	3 días
Jefe de la Unidad Departamental de Contingencias y Desastres	7	Recibe informe de la visita de supervisión y los instrumentos de supervisión aplicados por parte de su representante y entrega copia de ellos al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control para que elabore el informe integral pormenorizado.	3 días
	8	Analiza informe de supervisión, integra los resultados de las supervisiones realizadas en un informe y lo entrega al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su conocimiento.	2 días
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 19 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres es responsable de la supervisión del programa de contingencias y desastres, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres es el responsable de garantizar la aplicación de este procedimiento.

3. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres es la instancia responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
4. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
5. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres diseñará los instrumentos de supervisión de las áreas que le corresponden y los aplicará en las visitas de supervisión en las que participe.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres enviará a un representante para que se integre al equipo supervisor, el cual estará coordinado por la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres realizará visitas de acuerdo al programa de supervisión integral establecido por la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control, autorizado por el Subdirector de Operación Hospitalaria y consensado con el Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres.
8. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres, deberá supervisar al personal responsable del programa de contingencias y desastres en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, además de proporcionar los apoyos técnicos que requieran para el mejoramiento del programa.
9. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres es responsable de conocer todos los servicios y áreas que participan en el programa de contingencias y desastres de la Secretaría de Salud.
10. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres es responsable de garantizar que su representante en el equipo supervisor integre un informe de supervisión donde se plasmen todos los factores que directa o indirectamente participan en la operación del programa de contingencias y desastres y que fueron detectados durante la supervisión.
11. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" la guía o cédulas necesarias para verificar la operación del programa de contingencias y desastres y que serán aplicados en las unidades hospitalarias.

12. Se entenderá por "Equipo Supervisor" al integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, para realizar las actividades del programa de supervisión integral definido por la Jefatura de Unidad Departamental de Control y Seguimiento, en las unidades hospitalarias.

Autorizó

Arq. Martín Durán Lara

Jefe de la Unidad Departamental de Contingencias y Desastres

Nombre del Procedimiento:

Seguimiento de los acuerdos contraídos en la supervisión del programa de contingencias y desastres.

Objetivo General:

Dar seguimiento a los acuerdos contraídos con los responsables del programa de contingencias y desastres, con el objeto de subsanar las desviaciones detectadas en la aplicación del mismo durante las visitas de supervisión, para contribuir en la mejora de la calidad de los servicios de atención médica que se proporcionan a la población afectada por fenómenos de origen natural o antrópicos en el Distrito Federal.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres	1	Recibe oficio del Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres en el que le solicita nombre un representante para integrar el equipo supervisor, le envía el programa, calendario y objetivos de las visitas de seguimiento a los acuerdos contraídos en la supervisión integral previa.	1 día
	2	Da respuesta al oficio enviando el nombre de su representante e informa a éste, el día y la hora en que deberá acudir con el equipo supervisor y le solicita prepare instrumentos de supervisión para la verificación del seguimiento de acuerdos.	2 días
Jefatura de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres (Equipo Supervisor)	3	Recibe instrucciones y llegado el día y hora se presenta en la Dirección de la unidad hospitalaria y le solicita el avance de los compromisos concertados en la supervisión integral anterior.	3 días
		¿Hay avances en los acuerdos?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Apoya al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control en el levantamiento del Acta Circunstanciada que deberá presentarse ante Contraloría Interna y regresan a su área de adscripción.	2 días
		(Conecta con la actividad 6)	
		SÍ	
	5	Acude con el responsable del programa de contingencias y desastres de la unidad hospitalaria y aplica instrumentos de supervisión en original y copia en los apartados relacionados a los acuerdos establecidos e informa verbalmente al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control de los hallazgos.	2 días
	6	Regresa a su área de adscripción al concluir la visita, elabora un informe y lo entrega al Jefe de la Unidad Departamental de Contingencias y Desastres para su conocimiento, así como los instrumentos de supervisión aplicados.	3 días
Jefe de la Unidad Departamental de Contingencias y Desastres	7	Recibe informe de la visita de seguimiento de acuerdos realizada y los instrumentos de supervisión aplicados por parte de su representante y entrega copia de ellos al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control para que elabore el informe integral pormenorizado.	2 días
	8	Analiza informe de supervisión, integra los resultados de las supervisiones realizadas en un informe y lo entrega al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su conocimiento.	3 días
		Fin del Procedimiento.	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
			Tiempo total de ejecución: 18 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres es el responsable de dar seguimiento a los acuerdos contraídos en la supervisión del programa de contingencias y desastres, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres es responsable de garantizar la aplicación de este procedimiento.
3. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
4. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
5. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres diseñará los instrumentos de supervisión de las áreas que le corresponden y los aplicará en las visitas de supervisión en las que participe.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres enviará a un representante para que se integre al equipo supervisor, el cual estará coordinado por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres realizará visitas de acuerdo a la programación de seguimiento de compromisos adquiridos establecida por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control, autorizada por el Subdirector de Operación Hospitalaria y consensada con el Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres.
8. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres integrante del equipo supervisor, deberá dar seguimiento a los acuerdos contraídos con el personal responsable del programa de contingencias y desastres durante las visitas de supervisión.
9. El Jefe de Unidad Departamental de Contingencias y Desastres es el responsable de garantizar que su representante en el equipo supervisor integre un informe de seguimiento de los acuerdos contraídos donde se plasmen todos los factores que

directa o indirectamente participan en la operación del programa de Contingencias y Desastres y que fueron detectados durante la supervisión.

10. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" la guía o cédulas necesarias para verificar la operación del programa de contingencias y desastres y que serán aplicados en las unidades hospitalarias.

11. Se entenderá por "Equipo Supervisor" al integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, para realizar las actividades del programa de supervisión integral definido por la Jefatura de Unidad Departamental de Control y Seguimiento, en las unidades hospitalarias.

Autorizó

Arq. Martín Durán Lara

Jefe de la Unidad Departamental de Contingencias y Desastres

Nombre del Procedimiento:

Coordinar la elaboración de los programas de atención prehospitalaria.

Objetivo General:

Coordinar la elaboración de los programas de atención prehospitalaria, a fin de realizar las actividades en forma ordenada, sistemática e integral y que se puedan evaluar al término del periodo establecido para su ejecución.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Atención Prehospitalaria	1	Convoca a reunión a los Jefes de Unidades Departamentales para solicitar la elaboración de su programa, estableciendo criterios y tiempos para su entrega.	2 días
Jefe de Unidad Departamental	2	Asisten a reunión, reciben indicaciones, elaboran e integran el programa conforme a los criterios establecidos y lo presentan al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su revisión y en su caso aprobación.	5 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria	3	Recibe y revisa el programa de los titulares de las Jefaturas de Unidad Departamental.	2 días
		¿Cumple con los criterios establecidos?	
		NO	
	4	Emite recomendaciones y sugerencias y regresa el programa para su corrección a los Jefes de Unidades Departamentales.	2 días
Jefe de Unidad Departamental	5	Reciben programa, realizan las correcciones de acuerdo con lo señalado y lo remiten nuevamente al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su revisión.	3 días
		(Conecta con la actividad 3)	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		SÍ	
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	7	Recibe y analiza el programa de atención prehospitalaria.	2 días
		¿Aprueba el Programa?	
		NO	
	8	Emite observaciones y lo envía al Subdirector de Atención Prehospitalaria, para que realice modificaciones.	2 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria	9	Recibe el programa, realiza las modificaciones pertinentes y lo remite nuevamente al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su autorización.	2 días
		(Conecta con la actividad 7).	
		SÍ	
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	10	Aprueba el programa, notifica al Subdirector de Atención Prehospitalaria y lo remite para su ejecución.	2 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria	11	Recibe programa aprobado y lo entrega a las Jefaturas de Unidad Departamental, para su conocimiento y aplicación correspondiente.	1 día
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 23 días

Aspectos a Considerar:

1. El Subdirector de Atención Prehospitalaria es el responsable de coordinar la elaboración de los programas de atención prehospitalaria, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Subdirector de Atención Prehospitalaria es la instancia responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.

3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.

4. Para la elaboración de los programas de atención prehospitalaria, el Subdirector de Atención Prehospitalaria deberá revisar y analizar la legislación de salud vigente y la literatura médica respectiva, así como garantizar el apego a la normatividad aplicable y a las modificaciones normativo-administrativas emitidas por los órganos de competencia, a fin de implementar los avances científicos en el modelo de atención de urgencias prehospitalarias.

5. El Subdirector de Atención Prehospitalaria será la instancia responsable de analizar, concertar y aprobar los programas en materia de urgencias prehospitalarias, así como de su difusión, seguimiento y evaluación.

6. Se entenderá por "Jefaturas de Unidad Departamental" a la0s adscritas a la Subdirección de Atención Prehospitalaria que participarán en el desarrollo de las actividades contenidas en los procedimientos del presente manual.

Autorizó

Dr. Gonzalo Farías Licona

Subdirector de Atención Prehospitalaria

Nombre del Procedimiento:

Participación en reuniones de coordinación interinstitucional.

Objetivo General:

Participar en representación de la Secretaría de Salud en reuniones de coordinación interinstitucional e intervenir en el cumplimiento de los compromisos y acuerdos contraídos en los programas de atención prehospitalaria, para mejorar la calidad de los servicios, así como los mecanismos de participación entre las instituciones.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	1	Solicita al Subdirector de Atención Prehospitalaria que asista en representación de la Secretaría de Salud, a la reunión de coordinación interinstitucional, le entrega disposiciones institucionales y documentos para la misma.	1 día
Subdirector de Atención Prehospitalaria	2	Recibe indicación y disposiciones, y prepara carpeta informativa para asistir a la reunión.	3 días
	3	Acude a la reunión, analiza propuestas y disposiciones, y acuerda.	3 días
	4	Elabora informe acerca de los asuntos tratados y acuerdos tomados y lo turna al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su aprobación.	2 días
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	5	Recibe y analiza el informe y acuerdos de la reunión.	1 día
		¿Cumplen los acuerdos con las disposiciones de la Secretaría de Salud?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	6	Remite el informe al Subdirector de Atención Prehospitalaria con indicaciones para su corrección.	1 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria	7	Realiza las correcciones pertinentes y lo remite al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su aprobación.	2 días
		(Conecta con la actividad 5)	
		SÍ	
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	8	Aprueba el informe, define las acciones a seguir para el cumplimiento de los acuerdos y compromisos contraídos por la Secretaría de Salud, y lo comunica al Subdirector de Atención Prehospitalaria.	3 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria	9	Recibe instrucciones acerca de las acciones a realizar para el cumplimiento de los compromisos contraídos en la reunión y procede a su atención.	1 día
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 17 días

Aspectos a Considerar:

1. El Subdirector de Atención Prehospitalaria es el responsable de la participación en reuniones de coordinación interinstitucional, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres, es el responsable de garantizar la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. El Subdirector de Atención Prehospitalaria es la instancia responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento
4. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
5. El Subdirector de Atención Prehospitalaria tendrá la responsabilidad de asistir a reuniones técnico–operativas con instituciones de salud, seguridad pública y bienestar

social, convocadas para establecer acuerdos de trabajo relacionados con los programas de su responsabilidad, que le sean delegadas por el Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres, de acuerdo con el cronograma de reuniones programadas.

6. Para asistir a las reuniones de coordinación interinstitucional, el Subdirector de Atención Prehospitalaria deberá contar con:

   a. El Orden del Día y documentación para la reunión.

   b. La información sustantiva previa de los asuntos a tratar en la reunión.

7. Al término de la reunión el Subdirector de Atención Prehospitalaria deberá elaborar un informe pormenorizado al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres, sobre el contenido de la reunión, compromisos adquiridos y cronograma de actividades.

Autorizó

Dr. Gonzalo Farías Licona

Subdirector de Atención Prehospitalaria

Nombre del Procedimiento:

Coordinación de la elaboración anual del registro voluntario de profesionales en la atención prehospitalaria en el Distrito Federal.

Objetivo General:

Coordinar la elaboración anual del registro voluntario de profesionales en la atención prehospitalaria en el Distrito Federal, el cual se integra por personal involucrado en la atención prehospitalaria en sus diferentes fases, con la finalidad de establecer un censo actualizado y poder establecer lineamientos académicos y operativos del personal que otorga el servicio.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Atención Prehospitalaria	1	Analiza el proceso y resultados del registro voluntario de profesionales en la atención prehospitalaria "RVPAP" del año próximo anterior y convoca a los titulares de las Jefaturas de Unidad Departamental para la revisión, análisis y actualización del registro.	1 día
Jefe de Unidad Departamental	2	Reciben indicaciones del subdirector, analizan, revisan y elaboran convocatoria y examen de evaluación para la actualización del registro voluntario de profesionales en la atención prehospitalaria "RVPAP" y los remiten al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su revisión.	7 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria	3	Recibe de los titulares de las Jefaturas de Unidad Departamental la convocatoria y el examen de evaluación para la actualización del registro, y los analiza.	3 días
		¿Cumplen la convocatoria y el examen de evaluación con los lineamientos establecidos?	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		NO	
	4	Emite recomendaciones y sugerencias, y regresa la convocatoria y el examen para su corrección a los titulares de las Jefaturas de Unidad Departamental.	2 días
Jefe de Unidad Departamental	5	Reciben la convocatoria y el examen, revisan sugerencias, realizan las correcciones pertinentes y los remiten al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su aprobación.	2 días
		(Conecta con la actividad 3)	
		SÍ	
Subdirector de Atención Prehospitalaria	6	Otorga el visto bueno y envía la convocatoria y examen al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su análisis y en su caso aprobación.	1 día
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	7	Recibe y analiza la convocatoria y el examen de evaluación.	1 día
		¿Aprueba la convocatoria y el examen de evaluación?	
		NO	
	8	Emite comentarios y sugerencias y remite convocatoria y examen al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su corrección.	2 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria	9	Recibe la convocatoria y el examen, realiza las correcciones pertinentes y remite nuevamente los mismos, al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su autorización.	2 días
		(Conecta con la actividad 7)	
		SÍ	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	10	Aprueba convocatoria y examen, y notifica al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su ejecución.	2 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria	11	Recibe convocatoria y examen de evaluación aprobados y los turna a los Jefes de Unidad Departamental para el desarrollo y aplicación correspondiente.	2 días
Jefe de Unidad Departamental	12	Realizan el proceso de convocatoria y evaluación correspondiente.	15 días
	13	Elaboran el listado actualizado del personal que aprobó el examen de evaluación y lo entregan al Subdirector de Atención Prehospitalaria.	5 días.
Subdirector de Atención Prehospitalaria	14	Recibe el listado actualizado del personal que aprobó el examen de evaluación, lo procesa y elabora el registro voluntario de profesionales en la atención prehospitalaria "RVPAP".	2 días
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 47 días

Aspectos a Considerar:

1. El Subdirector de Atención Prehospitalaria, es responsable de la coordinación de la elaboración anual del registro voluntario de profesionales en la atención prehospitalaria en el Distrito Federal, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres, es el responsable de garantizar la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. El Subdirector de Atención Prehospitalaria es responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento
4. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
5. Se entenderá por "Jefaturas de Unidad Departamental" las de Operación de Urgencias y de Logística y Telecomunicación, adscritas a la Subdirección de Atención

Prehospitalaria y que participarán en el desarrollo de las actividades contenidas en los procedimientos del presente manual.

6. Se entenderá por: "RVPAP" al registro voluntario de profesionales que otorga atención prehospitalaria a la población del Distrito Federal, ante situaciones de urgencia e incidentes con saldo masivo de víctimas.

7. El Subdirector de Atención Prehospitalaria deberá actualizar anualmente el registro voluntario de profesionales que otorga atención prehospitalaria a la población del Distrito Federal.

8. El Subdirector de Atención Prehospitalaria realizará un proceso de evaluación de conocimientos teórico-prácticos al personal que solicite el registro, siguiendo las bases de la convocatoria, otorgándose el registro al personal que aprobó satisfactoriamente el proceso.

Autorizó

Dr. Gonzalo Farías Licona

Subdirector de Atención Prehospitalaria

Nombre del Procedimiento:

Coordinación de la actualización de los protocolos de atención prehospitalaria ante situaciones de urgencia e incidentes con saldo masivo de víctimas.

Objetivo General:

Coordinar la actualización de los protocolos de atención prehospitalaria, a fin de contar con lineamientos y procedimientos bien establecidos para otorgar una atención prehospitalaria eficiente y oportuna a la población del Distrito Federal en casos de urgencias médicas e incidentes con saldo masivo de víctimas.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Atención Prehospitalaria	1	Convoca mediante oficio a las instituciones y/o grupos de atención prehospitalaria a reunión de trabajo, para actualizar los protocolos de atención y coordinación ante situaciones de urgencia médica e incidentes con saldo masivo de víctimas.	2 días
Instituciones y/o Grupos de Atención Prehospitalaria	2	Reciben oficio, se reúnen, revisan y analizan la documentación correspondiente, y trabajan sobre los protocolos vigentes, elaboran propuestas de actualización de los mismos y los remiten al Subdirector de Atención Prehospitalaria	15 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria	3	Recibe propuestas de actualización de los protocolos, los revisa y analiza.	2 días
		¿Cumplen las propuestas de actualización de los protocolos con los lineamientos establecidos?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Emite recomendaciones y sugerencias, y regresan las propuestas de actualización de los protocolos para su corrección a las Instituciones y/o grupos de atención prehospitalaria.	5 días
Instituciones y/o Grupos de Atención Prehospitalaria	5	Reciben las recomendaciones y sugerencias, realizan las correcciones pertinentes y remiten nuevamente las propuestas de actualización al Subdirector de Atención Prehospitalaria para aprobación.	2 días
		(Conecta con la actividad 3)	
		SÍ	
Subdirector de Atención Prehospitalaria	6	Otorga el visto bueno, le da forma a los protocolos y los presenta al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su análisis y en su caso aprobación.	5 días
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	7	Recibe y analiza los protocolos actualizados.	2 días
		¿Cumplen los protocolos actualizados con los lineamientos establecidos?	
		NO	
	8	Emite comentarios y sugerencias y los remite al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su corrección.	3 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria	9	Recibe comentarios y sugerencias, las analiza, realiza las correcciones pertinentes y remite nuevamente los protocolos actualizados al Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres para su aprobación.	7 días
		(Conecta con la actividad 7)	
		SÍ	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres	10	Aprueba los protocolos actualizados y los remite al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su ejecución.	2 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria	11	Recibe los protocolos aprobados y los difunde a las instituciones y/o grupos de atención prehospitalaria para su conocimiento, desarrollo y aplicación correspondiente.	15 días
Instituciones y/o Grupos de Atención Prehospitalaria	12	Reciben los protocolos, los revisan y aplican en su momento lo establecido en los mismos.	15 días
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 75 días

Aspectos a Considerar:

1. El Subdirector de Atención Prehospitalaria, es el responsable de coordinar la actualización de los protocolos de atención prehospitalaria ante situaciones de urgencia e incidentes con saldo masivo de víctimas, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres es la responsable de garantizar la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. El Subdirector de Atención Prehospitalaria es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
4. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
5. Se entenderá por "Instituciones y/o Grupos de Atención Prehospitalaria" a los grupos o instituciones que independientemente de su razón social, se dedican a la atención prehospitalaria, a la población del Distrito Federal que se encuentra ante una urgencia médica, o ante un incidente con saldo masivo de víctimas.
6. El Subdirector de Atención Prehospitalaria deberá convocar y coordinar a las instituciones y/o grupos de atención prehospitalaria periódicamente, a fin de mantener actualizados los protocolos de atención prehospitalaria.

7. El Subdirector de Atención Prehospitalaria deberá actualizar anualmente el registro voluntario del personal profesional que otorga atención prehospitalaria a la población del Distrito Federal.

8. La coordinación de los grupos o instituciones que se dedican a la atención prehospitalaria ante una urgencia médica, o ante un incidente con saldo masivo de víctimas, es responsabilidad del Coordinador de Atención Prehospitalaria y Desastres de la Secretaría de Salud y deberá apegarse a lo establecido en el Sistema Integral de Urgencias Médicas en el Distrito Federal.

Autorizó

Dr. Gonzalo Farías Licona

Subdirector de Atención Prehospitalaria

Nombre del Procedimiento:

Elaboración e instrumentación del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas.

Objetivo General:

Elaborar e instrumentar el programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas, a fin de garantizar la adecuada prestación de los servicios de atención prehospitalaria en casos de urgencias médicas, en beneficio de la población del Distrito Federal.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Atención Prehospitalaria	1	Convoca a reunión al personal de la Jefatura de Unidad Departamental de Operación de Urgencias, para solicitarle la elaboración del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas e indicarle el tiempo para su entrega.	2 días
Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias	2	Recibe instrucciones, elabora el programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas y lo presenta al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su revisión y en su caso aprobación.	10 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria	3	Recibe y revisa el programa.	3 días
		¿Está correctamente elaborado el programa?	
		NO	
	4	Emite comentarios y lo remite al Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias para que realice correcciones.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias	5	Recibe el programa, realiza las correcciones de acuerdo con las observaciones señaladas y lo remite nuevamente al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su aprobación.	2 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
		(Conecta con la actividad 3)	
		Sí	
Subdirector de Atención Prehospitalaria	6	Otorga el visto bueno al programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas y lo remite al Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias con las indicaciones pertinentes para su aplicación.	2 días
Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias	7	Recibe el programa aprobado, lo presenta y entrega al responsable del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas con indicaciones precisas para su ejecución.	3 días
Centro Regulador de Urgencias Médicas	8	Recibe el programa e indicaciones y desarrolla el mismo conforme a lo planteado, elaborando un informe mensual de los avances y entregándolo a la Jefatura de Unidad Departamental de Operación de Urgencias.	30 días
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 53 días

Aspectos a Considerar:

1. El Subdirector de Atención Prehospitalaria es el responsable de la elaboración e instrumentación del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Subdirector de Atención Prehospitalaria es responsable de la supervisión del presente procedimiento.
3. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
4. El presente procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.

5. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias es responsable de elaborar el programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas para el periodo anual siguiente y una vez autorizado, proceder a su difusión, operación, seguimiento y evaluación.

6. Para la elaboración del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas, la Jefatura de Unidad Departamental de Operación de Urgencias deberá:

   a. Revisar periódicamente la legislación vigente para detectar modificaciones a ésta, que sean competencia del área de atención a urgencias hospitalarias y prehospitalarias.

   b. Revisar periódicamente la literatura médica en materia de atención a urgencias hospitalarias y prehospitalarias, a fin de implementar los avances científico-técnicos en el modelo de atención.

   c. Analizar las modificaciones normativo-administrativas emitidas por los órganos de competencia, que afecten el programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas.

7. Se entenderá por "Centro Regulador de Urgencias Médicas" la instancia dependiente de la Dirección de Atención Hospitalaria, que tiene a su cargo el control de los servicios de atención prehospitalaria en el Distrito Federal, consistentes en la coordinación de enlace entre los servicios médicos de soporte inicial (Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas, Cruz Roja Mexicana, entre otros) y las unidades hospitalarias, tanto públicas como privadas existentes en la Ciudad de México.

Autorizó

Dra. Estrella Albarrán Suárez

Jefa de Unidad Departamental de Operación y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Supervisión del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas.

Objetivo General:

Supervisar durante el proceso operativo y en forma integral, la aplicación del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas de la Secretaría de Salud, verificando que el personal se apegue a los elementos técnico-normativos del mismo, con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de atención médica prehospitalaria que se proporcionan a la población derechohabiente o usuaria.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de la Unidad Departamental de Operación de Urgencias	1	Recibe oficio del Subdirector de Operación Hospitalaria a través del Subdirector de Atención Prehospitalaria en el que le solicita nombre un representante para integrar el equipo supervisor, le envía programa, calendario y objetivos de la supervisión integral.	1 día
	2	A través de oficio, envía el nombre de su representante, e informa a éste el día y la hora en que se presentará con el equipo supervisor, solicitándole prepare los instrumentos de supervisión integral.	1 día
Jefe de la Unidad Departamental de Operación de Urgencias (Equipo Supervisor)	3	Recibe instrucciones y llegado el día y hora se presenta en el Centro Regulador de Urgencias Médicas y aplica en original y copia los instrumentos de supervisión integral correspondientes al programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas.	30 días

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Detecta omisiones y/o desviaciones, necesidades de capacitación formal en la operación del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas, proporciona asesoría al personal operativo y señala tiempos para la corrección de las fallas detectadas.	30 días
	5	Concluye la supervisión informando verbalmente al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control los compromisos adquiridos por el personal operativo del Centro Regulador de Urgencias Médicas, para que formen parte de la minuta y regresa a su área de adscripción.	3 días
	6	Elabora el informe de supervisión integral y lo entrega al titular de la Jefatura de la Unidad Departamental de Operación de Urgencias junto con los instrumentos de supervisión aplicados.	3 días
Jefe de la Unidad Departamental de Operación de Urgencias	7	Recibe informe de la visita de supervisión integral y los instrumentos de supervisión aplicados por parte de su representante y entrega copia de ellos al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control para que elabore el informe pormenorizado.	3 días
	8	Analiza informe de supervisión, integra los resultados de las supervisiones realizadas en un informe general y lo entrega al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su conocimiento.	2 días
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 73 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias es la instancia responsable de la Supervisión del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas, para

contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

2. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias es la instancia responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias diseñará los instrumentos de supervisión de las áreas que le corresponden y los aplicará en las visitas de supervisión en las que participe.
5. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias enviará a un representante para que se integre al equipo supervisor, el cual estará coordinado por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias realizará visitas de acuerdo al programa de supervisión integral establecido por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control, autorizado por el Subdirector de Operación Hospitalaria y consensado con el Subdirector de Instrumentación de Proyectos.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias, deberá supervisar al personal del Centro Regulador de Urgencias Médicas de la Secretaría de Salud, además de proporcionar los apoyos técnicos que requieran para el mejoramiento de los servicios.
8. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias es responsable de conocer todos los servicios y áreas que participan en el programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas de la Secretaría de Salud.
9. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias es la instancia responsable de garantizar que su representante en el equipo supervisor integre un informe de supervisión donde se plasmen todos los factores que directa o indirectamente participan en la operación del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas y que fueron detectados durante la supervisión.
10. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias deberá elaborar el concentrado de resultados de la supervisión y el reporte de evaluación trimestral del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas con base en los resultados de la supervisión y en el análisis de la aplicación de los indicadores establecidos.
11. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" la guía y cédulas necesarias para verificar la operación del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas y que serán aplicados en las unidades hospitalarias.

12. Se entenderá por "Equipo Supervisor" al integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, para realizar las actividades del programa de supervisión integral definido por la Jefatura de Unidad Departamental de Control y Seguimiento, en las unidades hospitalarias.

Autorizó

Dra. Estrella Albarrán Suárez

Jefa de Unidad Departamental de Operación y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Seguimiento de los acuerdos contraídos en la supervisión del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas.

Objetivo General:

Dar seguimiento a los acuerdos contraídos con los responsables del Centro Regulador de Urgencias Médicas, con el objeto de subsanar las desviaciones detectadas en la aplicación del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas durante las visitas de supervisión, para contribuir en la mejora de la calidad de los servicios de atención médica prehospitalaria que se proporciona a la población derechohabiente o usuaria.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias	1	Recibe oficio del Subdirector de Operación Hospitalaria a través del Subdirector de Atención Prehospitalaria, solicitando el nombre de un representante para integrar el equipo supervisor, envía programa, calendario y objetivos de las visitas de seguimiento a los acuerdos contraídos en la supervisión integral previa.	1 día
	2	Envía oficio con el nombre de su representante, e informa a éste el día y la hora en que se presentará con el equipo supervisor, solicitándole prepare instrumentos de supervisión para la verificación del seguimiento de acuerdos.	2 días
Jefatura de Unidad Departamental de Operación de Urgencias (Equipo Supervisor)	3	Recibe instrucciones y llegado el día y hora se presenta en la Dirección del Centro Regulador de Urgencias Médicas y le solicita el avance de los compromisos concertados en la supervisión integral anterior.	3 días
		¿Hay avances en los acuerdos?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	4	Apoya al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control en el levantamiento del acta circunstanciada que deberá presentarse ante Contraloría Interna y regresan a su área de adscripción.	2 días
		(Conecta con la actividad 6)	
		SÍ	
	5	Acude con el responsable del Centro Regulador de Urgencias Médicas, aplica instrumentos de supervisión en original y copia en los apartados relacionados a los acuerdos establecidos e informa verbalmente al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control sobre los hallazgos encontrados.	2 días
	6	Regresa a su área de adscripción al concluir la visita, elabora informe y lo entrega al Jefe de la Unidad Departamental de Operación de Urgencias para su conocimiento, así como los instrumentos de supervisión aplicados.	3 días
Jefe de la Unidad Departamental de Operación de Urgencias	7	Recibe informe de la visita de seguimiento de acuerdos realizada y los instrumentos de supervisión aplicados por parte de su representante y entrega copia de ellos al Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control para que elabore el informe integral pormenorizado.	3 días
	8	Analiza informe de supervisión, integra los resultados de las supervisiones realizadas en un informe final y lo entrega al Subdirector de Instrumentación de Proyectos para su conocimiento.	2 días
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 18 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias es el responsable del seguimiento de los acuerdos contraídos en la supervisión del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas de la Secretaría de Salud, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal
2. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias es la instancia responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
3. Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
4. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias aplicará en las visitas de seguimiento de acuerdos, los instrumentos de supervisión de las áreas que le corresponden.
5. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias enviará a un representante para que se integre al equipo supervisor, el cual estará coordinado por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias realizará visitas, de acuerdo con la programación de seguimiento de compromisos adquiridos establecida por el Jefe de Unidad Departamental de Supervisión y Control, autorizada por el Subdirector de Operación Hospitalaria y consensada con el Subdirector de Instrumentación de Proyectos.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias, integrante del equipo supervisor, deberá dar seguimiento a los acuerdos contraídos con el personal operativo del Centro Regulador de Urgencias Médicas durante las visitas de supervisión.
8. El Jefe de Unidad Departamental de Operación de Urgencias es el responsable de garantizar que su representante en el equipo supervisor integre un informe de seguimiento de los acuerdos contraídos donde se plasmen todos los factores que directa o indirectamente participan en la operación del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas y que fueron detectados durante la supervisión.
9. Se entenderá por "Instrumentos de Supervisión" la guía y cédulas necesarias para verificar la operación del programa del Centro Regulador de Urgencias Médicas y que serán aplicados en las unidades hospitalarias.
10. Se entenderá por "Equipo Supervisor" al integrado por el titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión y Control y los representantes de cada una de

las Jefaturas de Unidad Departamental adscritas a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, para realizar las actividades del programa de supervisión integral definido por la Jefatura de Unidad Departamental de Control y Seguimiento, en las unidades hospitalarias.

Autorizó

Dra. Estrella Albarrán Suárez

Jefa de Unidad Departamental de Operación y Urgencias

Nombre del Procedimiento:

Elaboración del programa de mantenimiento preventivo de la red de radiocomunicación de la Secretaría de Salud.

Objetivo General:

Elaborar el programa de mantenimiento preventivo de la red de radiocomunicación de la Secretaría de Salud, para mantenerla en óptimas condiciones y en funcionamiento las 24 horas del día, los 365 días del año; a fin de asegurar una comunicación oportuna y eficaz entre los hospitales que forman parte del Sistema Integral de Urgencias Médicas y los grupos de asistencia prehospitalaria, con el Centro Regulador de Urgencias Médicas y éste, a su vez, con el personal de estructura de nivel central.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Atención Prehospitalaria	1	Convoca a reunión al Jefe de la Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación para solicitarle la elaboración del programa de mantenimiento preventivo de la red de radiocomunicación de la Secretaría de Salud, e indicarle el tiempo para su entrega.	1día
Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación	2	Recibe instrucciones, elabora el programa de mantenimiento preventivo de la red de radiocomunicación y lo presenta al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su revisión y en su caso aprobación.	20 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria	3	Recibe y revisa el programa.	3 días
		¿Está correctamente elaborado el programa?	
		NO	
	4	Emite comentarios y lo remite al Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación para que realice correcciones.	1 día

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación.	5	Recibe el programa, realiza las correcciones de acuerdo con las observaciones señaladas y lo remite nuevamente al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su aprobación.	2 días
		(Conecta con la actividad 3)	
		SÍ	
Subdirector de Atención Prehospitalaria	6	Otorga el visto bueno al programa de mantenimiento preventivo de la red de radiocomunicación y lo remite al Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación con las indicaciones pertinentes para su aplicación.	2 días
Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación	7	Recibe el programa aprobado, lo presenta y lo entrega al Centro Regulador de Urgencias Médicas.	5 días
Centro Regulador de Urgencias Médicas	8	Recibe el programa, verifica el funcionamiento de la red de radiocomunicación que reporta en la bitácora de radio y lo entrega al Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación.	3 días
Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación	9	Recibe el reporte, lo analiza y toma las medidas necesarias para el seguimiento de lo reportado.	2 días
		Fin del Procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 39 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación es el responsable de la elaboración del programa de mantenimiento preventivo de la red de radiocomunicación de la Secretaría de Salud, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Subdirector de Atención Prehospitalaria es el responsable de supervisar la aplicación del presente procedimiento.

3. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
4. El presente procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
5. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación es responsable de elaborar el programa para evaluar periódicamente el funcionamiento de los equipos de radiocomunicación de la Secretaría de Salud.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación se encargará de analizar los resultados de las evaluaciones de los equipos de radiocomunicación que realizará el personal operativo del Centro Regulador de Urgencias Médicas y así mismo, tomará las medidas pertinentes para dar solución a los problemas reportados.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación es la responsable de verificar que el mantenimiento preventivo que se le realiza a los equipos de radiocomunicación, se cumpla en tiempo y forma, así mismo, verificará el perfecto funcionamiento de los equipos.
8. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación deberá garantizar que la empresa responsable de dar mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos de radiocomunicación sea especializada y con amplia experiencia en el manejo de los mismos.
9. Se entenderá por "Centro Regulador de Urgencias Médicas" la instancia dependiente de la Dirección de Atención Hospitalaria, que tiene a su cargo el control de los servicios de atención prehospitalaria en el Distrito Federal, consistentes en la coordinación de enlace entre los servicios médicos de soporte inicial (Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas, Cruz Roja Mexicana, entre otros) y las unidades hospitalarias, tanto públicas como privadas, existentes en la Ciudad de México.

Autorizó

Dra. Viridiana Astrid Murillo Zarco

Jefa de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación

Nombre del Procedimiento:

Coordinación y atención a las solicitudes de mantenimiento correctivo al equipo de radiocomunicación del Sistema Integral de Urgencias Médicas.

Objetivo General:

Coordinar y atender las solicitudes de mantenimiento correctivo de los diferentes equipos de radiocomunicación del Centro Regulador de Urgencias Médicas, de las unidades hospitalarias que forman parte del Sistema Integral de Urgencias Médicas, así como de los equipos móviles, con la finalidad de mantenerlos en condiciones adecuadas de operación, para contribuir a la mejoría en la calidad de los servicios de atención médica de urgencias que se proporcionan a la población derechohabiente o usuaria de la Secretaría de Salud.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación	1	Recibe las solicitudes para el mantenimiento correctivo de los equipos de radiocomunicación que así lo requieran.	1 día
	2	Informa al Jefe de Unidad Departamental de Mantenimiento de Inmuebles y Servicios Generales, de los equipos que requieren el mantenimiento correctivo y le envía copia de las solicitudes.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Mantenimiento de Inmuebles y Servicios Generales	3	Recibe y revisa solicitudes y le indica al prestador de servicios, acuda a verificar los equipos para su reparación.	2 días
Prestador de Servicios	4	Recibe indicaciones, verifica equipos reportados para reparación y decide.	15 días
		¿Requiere de refacciones para la reparación del equipo?	
		NO	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
	5	Realiza la reparación y verifica el funcionamiento del equipo, elabora el informe correspondiente y lo entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación y a la Jefatura de Unidad Departamental de Mantenimiento de Inmuebles y Servicios Generales.	3 días
		(Conecta con la actividad 9).	
		SÍ	
	6	Elabora un informe por escrito de las condiciones en que se encuentra el equipo y solicita recursos necesarios para la reparación de los mismos, y lo entrega al Jefe de Unidad Departamental de Mantenimiento de Inmuebles y Servicios Generales para su atención.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Mantenimiento de Inmuebles y Servicios Generales	7	Recibe y revisa informe, adquiere los recursos solicitados y los entrega al prestador de servicios para que realice la reparación de los equipos.	1día
Prestador de Servicios	8	Recibe recursos solicitados, realiza reparación, verifica funcionamiento de equipo, elabora el informe correspondiente y lo entrega al Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación, para su conocimiento.	1 día
Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación	9	Recibe el informe, elabora notificación de la reparación del equipo y lo entrega al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su conocimiento y le informa al Centro Regulador de Urgencias Médicas.	1 día
		Fin del Procedimiento.	
			Tiempo total de ejecución: 26 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación es el responsable de la coordinación y atención a las solicitudes de mantenimiento correctivo al equipo de radiocomunicación del Sistema Integral de Urgencias Médicas, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Subdirector de Atención Prehospitalaria es el responsable de supervisar la aplicación del presente procedimiento.
3. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación es responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.
4. El presente procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
5. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación es responsable de recibir las solicitudes de mantenimiento correctivo de los equipos de radiocomunicación del Centro Regulador de Urgencias Médicas, de las unidades hospitalarias que forman parte del Sistema Integral de Urgencias Médicas, así como de los equipos móviles.
6. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación es responsable de informar al Subdirector de Atención Prehospitalaria y al personal operativo, de los equipos que requieren el mantenimiento correctivo, para el funcionamiento del Sistema Integral de Urgencias Médicas.
7. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación es responsable de solicitar al Jefe de Unidad Departamental de Mantenimiento de Inmuebles y Servicios Generales, el mantenimiento correctivo de los equipos de radiocomunicación que lo requieran y llevar a cabo el seguimiento.
8. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación es el responsable de supervisar que la reparación del equipo se haya concluido satisfactoriamente, así como la supervisión del correcto funcionamiento del equipo de radiocomunicación instalado en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud e Instituciones vinculadas al Sistema Integral de Urgencias Médicas y de notificarlo al Subdirector de Atención Prehospitalaria.
9. Se entenderá por "Centro Regulador de Urgencias Médicas" la instancia dependiente de la Dirección de Atención Hospitalaria, que tiene a su cargo el control de los servicios de atención prehospitalaria en el Distrito Federal, consistentes en la coordinación de enlace entre los servicios médicos de soporte inicial (Escuadrón de Rescate y

Urgencias Médicas, Cruz Roja Mexicana, entre otros) y las unidades hospitalarias, tanto públicas como privadas, existentes en la Ciudad de México.

10. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación es responsable de informar al Centro Regulador de Urgencias Médicas mediante oficio los equipos que se encuentran en mantenimiento correctivo, a fin de conocer el estado del sistema de comunicación.

11. Se entenderá por "Prestador de Servicios", a la empresa contratada para proporcionar los servicios de mantenimiento correctivo a los equipos de radiocomunicación del Sistema Integral de Urgencias Médicas.

Autorizó

Dra. Viridiana Astrid Murillo Zarco

Jefa de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación

Nombre del Procedimiento:

Elaboración de estrategias para mejorar la comunicación entre los grupos de asistencia prehospitalaria, con el Centro Regulador de Urgencias Médicas.

Objetivo General:

Elaborar las estrategias para mejorar y mantener una comunicación permanente y de calidad, entre los grupos de asistencia prehospitalaria y la ciudadanía, con el Centro Regulador de Urgencias Médicas y de esta forma, favorecer que la atención se otorgue de manera eficiente.

Descripción Narrativa

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación	1	Elabora las estrategias para mejorar la comunicación entre los grupos de asistencia prehospitalaria con el Centro Regulador de Urgencias Médicas y las presenta a la Subdirección de Atención Prehospitalaria para su revisión y aprobación.	20 días
Subdirector de Atención Prehospitalaria	2	Recibe las estrategias, las revisa y analiza.	10 días
	3	Emite sugerencias y recomendaciones para su corrección y devuelve las estrategias al Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación.	2 días
Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación	4	Recibe las estrategias con las sugerencias propuestas, realiza las correcciones a las mismas y las remite a la Subdirección de Atención Prehospitalaria para su aprobación.	2 días
		(Conecta con la actividad 2)	
		SÍ	

Actor	No.	Actividad	Tiempo
Subdirector de Atención Prehospitalaria	5	Aprueba las estrategias y las entrega al Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación con las indicaciones a seguir, para desarrollarlas.	2 días
Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación	6	Recibe las estrategias aprobadas, se pone en contacto con las instancias correspondientes y con el personal operativo del Centro Regulador de Urgencias Médicas, les presenta las estrategias y les da las indicaciones pertinentes para llevarlas a cabo	5 días
	7	Evalúa y monitorea permanentemente el funcionamiento de la comunicación existente entre los grupos de asistencia prehospitalaria y la ciudadanía, con el Centro Regulador de Urgencias Médicas.	5 días
	8	Elabora periódicamente un Informe sobre el desarrollo de las estrategias, los avances y los logros obtenidos y lo entrega al Subdirector de Atención Prehospitalaria para su conocimiento.	2 días
		Fin del procedimiento	
			Tiempo total de ejecución: 48 días

Aspectos a Considerar:

1. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación es el responsable de la elaboración de estrategias para mejorar la comunicación entre los grupos de asistencia prehospitalaria, con el Centro Regulador de Urgencias Médicas, para contribuir al cumplimiento del artículo 65 del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.
2. El Subdirector de Atención Prehospitalaria es el responsable de supervisar la aplicación del presente procedimiento.
3. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación es el responsable de la correcta aplicación del presente procedimiento.

4. El presente procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.

5. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación elaborará estrategias para el mejoramiento de la comunicación existente entre los grupos de asistencia prehospitalaria y la ciudadanía, con el Centro Regulador de Urgencias Médicas, considerando la problemática que se presente.

6. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación deberá implementar las siguientes estrategias para desarrollar eficazmente la comunicación de los grupos de asistencia prehospitalaria y la ciudadanía, con el Centro Regulador de Urgencias Médicas:

   a. Vincular a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal con el resto de las instancias que atienden llamadas médicas de urgencias.

   b. Dirigir las llamadas de las diferentes instancias de atención de urgencias médicas hacia el Centro Regulador de Urgencias Médicas.

   c. Promover la adquisición de nuevas líneas de radiocomunicación para mejorar la operación del sistema.

7. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación es responsable de evaluar periódicamente el correcto funcionamiento del sistema de radiocomunicación y así mismo, de detectar las deficiencias, inconsistencias o quejas con respecto al sistema de intercomunicación entre las instancias correspondientes, a fin de dar una pronta solución a la problemática detectada.

8. El Jefe de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación será el responsable de entregar al Subdirector de Atención Prehospitalaria los informes pertinentes de los avances y los logros obtenidos.

9. Se entenderá por "Centro Regulador de Urgencias Médicas" la instancia dependiente de la Dirección de Atención Hospitalaria, que tiene a su cargo el control de los servicios de atención prehospitalaria en el Distrito Federal, consistentes en la coordinación de enlace entre los servicios médicos de soporte inicial (Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas, Cruz Roja Mexicana, entre otros) y las unidades hospitalarias, tanto públicas como privadas, existentes en la Ciudad de México.

Autorizó

Dra. Viridiana Astrid Murillo Zarco

Jefa de Unidad Departamental de Logística y Telecomunicación

SECRETARÍA DE SALUD

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON DAÑO NEUROLÓGICO EC-SEVERO DOIP-1

Unidad Médica Hospitalaria: (1)		
Nombre: (2)		
No. de Expediente: (3)	Edad: (4)	Sexo: (5)
Fecha de ingreso: (6)	Diagnóstico de ingreso: (7)	
Servicio (8)	No. Cama: (9)	
Caso Médico Legal: : Sí ( ) No ( ) (10)		
Se han administrado fármacos neurodepresores Sí ( ) No ( ) (11)		
Cual (es): (12)		
Dosis: (13)		
Tiempo de administración: (14)		
Tiempo de haberse suspendido: (15)		
A) Exploración de reflejos de tallo encefálico (16)		
Reflejo fotomotor	ausente ( )	presente ( )
Reflejo corneal	ausente ( )	presente ( )
Respuestas motoras faciales	ausente ( )	presente ( )
Reflejo oculocefálico	ausente ( )	presente ( )
Reflejo oculovestibular	ausente ( )	presente ( )
Reflejo nauseoso	ausente ( )	presente ( )
Reflejo tusígeno	ausente ( )	presente ( )
B) Pruebas complementarias (17)		
Prueba de la atropina	ausente ( )	presente ( )

Prueba de la apnea	ausente ( )	presente ( )

C) Prueba instrumental que certifica la muerte encefálica

Electroencefalograma: 18

Otro (especificar): 19

Fecha y hora de la prueba instrumental. 20

Nombre y firma del Médico Responsable de Donación 21

SECRETARÍA DE SALUD

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON DAÑO NEUROLÓGICO SEVERO

EC-DOIP-1

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Unidad Médica Hospitalaria	1	Nombre y la clave de la Unidad Médica Hospitalaria.
Nombre	2	Nombre completo del paciente iniciando por el apellido paterno, materno y nombre (s).
Número de expediente	3	Número de expediente del paciente.
Edad	4	Número de años del paciente, si es menor de 6 años especificar años y meses.
Sexo	5	Una x en el paréntesis que corresponda.
Fecha de Ingreso	6	Fecha en la que ingreso el paciente al Hospital
Diagnóstico de Ingreso	7	Diagnóstico del paciente a su ingreso, poniendo énfasis en el aspecto neurológico.
Servicio	8	Área hospitalaria en la que se encuentra internado el paciente.
No. Cama	9	Número de cama en la que se encuentra el paciente
Caso Médico Legal	10	Una X en el paréntesis que corresponda, cuando exista un aviso al Ministerio Público.
Administración de fármacos neurodepresores	11	Una x en el paréntesis que corresponda.
¿Cuáles?	12	Nombre del o los fármacos neurodepresores que se hayan administrado desde el ingreso del paciente a la Unidad Médica Hospitalaria.
Dosis de fármacos neurodepresores	13	Dosis administrada, en especial las dosis máximas.

9

Tiempo de administración	14	Número de horas o días de administración del fármaco neurodepresor.

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON DAÑO NEUROLÓGICO SEVERO

EC-DOIP-1

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Tiempo de haberse suspendido Fármaco neurodepresor.	15	Número de horas o días de haberse suspendido el fármaco neurodepresor.
Exploración de reflejos de tallo encefálico	16	Una x en el paréntesis que corresponda, una por cada reflejo explorado.
Pruebas complementarias	17	Una x en el paréntesis que corresponda, una por cada reflejo explorado.
Electroencefalograma	18	Especifique el resultado obtenido; vgr: isoeléctrico, con ausencia de flujo sanguíneo arterial encefálico, etc.
Otro	19	Prueba instrumental que certifica la muerte encefálica.
Fecha y hora de la prueba instrumental	20	Día, mes, año y hora en que se realiza la prueba instrumental diagnóstica de muerte encefálica.
Nombre y firma del Médico Responsable de Donación (testigo)	21	Nombre completo y firma autógrafa del Médico Responsable de Donación

SECRETARÍA DE SALUD

CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS PARA LA SELECCIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DEL POTENCIAL DONADOR FORMATO: EC-DOSE-2-			
Nombre: (1)			No. de Expediente: (2)
Sexo: M( ) F( ) (3)	Edad: (4)	Estado Civil: (5)	Religión: (6)
Servicio: (7)			No. de Cama: (8)
Diagnóstico de ingreso: (9)			
Fecha de ingreso: (10)			
Diagnóstico de pérdida de la vida: (11)			
Fecha y hora de Certificación de pérdida de la vida: (12)			
Caso médico legal No ( ) Si ( ) (13)			
Prueba instrumental que Certifica la pérdida de la vida: (14)			
Antecedentes Heredo-familiares (15)			
Malformaciones congénitas			No ( ) Si ( )
Neoplasias			No ( ) Si ( )
Diabetes Mellitus			No ( ) Si ( )
Hipertensión Arterial			No ( ) Si ( )
Cardiopatías			No ( ) Si ( )
Hematológicos			No ( ) Si ( )
Inmunológicos			No ( ) Si ( )
Otros			
Antecedentes Personales Patológicos (16)			
Neoplasias	No ( ) Si ( )	Etilismo	No ( ) Si ( )
Diabetes Mellitus	No ( ) Si ( )	Tabaquismo	No ( ) Si ( )
Hipertensión Arterial	No ( ) Si ( )	Inmunológicos	No ( ) Si ( )

Hematológicos	No ( ) Si ( )	Otros	No ( ) Si ( )
Conductas de riesgo	No ( ) Si ( )		
Medicamentos: (17)			
Exploración Física (18)			
a) Signos vitales		b) Somatometría	
Presión arterial		Peso	
Frecuencia cardíaca		Talla	
Frecuencia respiratoria		Perímetro torácico	
Temperatura		Perímetro abdominal	
Oximetría			
Gasto urinario			

SECRETARÍA DE SALUD

CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS PARA LA SELECCIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DEL POTENCIAL DONADORFORMATO: EC-DOSE-2		
Manejo farmacológico		
a) Previo al mantenimiento (19)		
Paro Cardiaco	No ( ) Si ( )	Tiempo y dosis:
Maniobras de R.C.P.	No ( ) Si ( )	Tiempo y dosis:
Vasopresores	No ( ) Si ( )	Tiempo y dosis:
Manitol	No ( ) Si ( )	Tiempo y dosis:
Esteroides	No ( ) Si ( )	Tiempo y dosis:
b) Durante el mantenimiento (20)		
Soluiciones		
Dopamina	No ( ) Si ( )	Tiempo y dosis:
Dobutamina	No ( ) Si ( )	Tiempo y dosis:
Norepinefrina	No ( ) Si ( )	Tiempo y dosis:
Antiarrítmicos	No ( ) Si ( )	Tiempo y dosis:
Furosemide	No ( ) Si ( )	Tiempo y dosis:
Desmopresina	No ( ) Si ( )	Tiempo y dosis:
Antimicrobianos	No ( ) Si ( )	Tiempo y dosis:
Exámenes de Laboratorio		
a) Hematológico (21)		
Grupo y Rh	Leucocitos	Plaquetas
Hemoglobina	Segmentados	T.P
Hematocrito	Linfocitos	T.T.P
V.S.G.	Bandas	I.N.R.

b) Metabólico (22)		
Glucosa	Proteína Total	G.G.T.
B.U.N.	B. Total	D.H.L.
Urea	B. Indirecta	F.A.
Creatinina	B. Directa	Proteína C
Colesterol	A.S.T.	CPK-Mb
Albúmina	A.L.T.	Troponina
c) Electrolitos (23)		
Sodio	Cloro	Fósforo
Potasio	Calcio	Magnesio
d) Gasometría arterial (24)		

SECRETARÍA DE SALUD

CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS PARA LA SELECCIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DEL POTENCIAL DONADOR FORMATO: EC-DOSE-2

pH	$PaCO_2$	Exceso de Base
PaO_2	HCO_3	Sat. O_2

e) Examen General de Orina (25)

pH	Hemoglobina
Densidad	Eritrocitos
Proteínas	Leucocitos
Glucosa	Bacterias
Cetonas	Levaduras

f) Infeccioso (26)

V.D.R.L.	Positivo ( ) Negativo ( )	HBcAg	Positivo ( ) Negativo ( )
V.I.H.	Positivo ( ) Negativo ( )	HBeAg	Positivo ( ) Negativo ( )
HBsAg	Positivo ( ) Negativo ( )	Anti-HVC	Positivo ( ) Negativo ( )

Cultivo de secreciones:	No necesario ( )	Positivo ( ) Negativo ( )

Gabinete (27)

a) Electroencefalograma

b) Otro estudio

c) T.A.C. de cráneo		
d) Rx. Portátil de tórax		
e) U.S.G. hígado y vías biliares		
f) E.C.G. de 12 derivaciones		
Ritmo	F.V.M	Intervalo P-R
Eje eléctrico	Segmento S-T	Arritmias

SECRETARÍA DE SALUD

CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS PARA LA SELECCIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DEL POTENCIAL DONADOR FORMATO: EC-DOSE-2

g) Ecocardiograma.

Nombre del Responsable del Programa de Trasplante que recibe la comunicación

Nombre del Cirujano de Trasplante (28)	Institución (29)	Hora de Notificación (30)	Hora de Respuesta (31)	Observaciones (32)

Fecha: (33) _____

(34) _____

Nombre y Firma del Médico Responsable de Donación

SECRETARÍA DE SALUD

CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS PARA LA SELECCIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DEL POTENCIAL DONADOR FORMATO: EC-DOSE-2

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Nombre	1	Apellido paterno, materno y nombre (s) del potencial donador.
No. Expediente	2	Anotar el Número de Expediente
Sexo	3	Una x dentro del paréntesis que identifique el género del potencial donador
Edad	4	Años cumplidos del potencial donador. Nota: Si fuera menor de 5 años, anotar también los meses
Estado Civil	5	Estado civil del potencial donador.
Religión	6	Nombre de la religión del potencial donador.
Servicio	7	Nombre del servicio y número de cama donde se encuentra ubicado físicamente el potencial donador dentro de la Unidad Médica hospitalaria
No. de cama	8	Número de cama en la que se encuentra el paciente.
Diagnóstico de ingreso	9	Nombre de la patología que ocasiona el ingreso del potencial donador a la Unidad Médica Hospitalaria
Fecha de ingreso	10	Día mes y año en que el potencial donador ingresa a la Unidad médica hospitalaria

Diagnóstico de pérdida de la vida	11	Nombre de la patología que ocasionó la perdida de la vida del potencial donador y que ha quedado registrado en el formato "Notas médica y prescripción" del Expediente Clínico.
Fecha y hora de Certificación de pérdida de la vida	12	Fecha y hora en que ha quedado registrada la pérdida de la vida del potencial donador en el formato "Notas médicas y prescripción" del Expediente clínico.

SECRETARÍA DE SALUD

CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS PARA LA SELECCIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DEL POTENCIAL DONADOR FORMATO: DOSE-2

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Caso médico legal	13	Sí la patología que condiciona la pérdida de la vida del potencial donador requiere dar vista al Ministerio Público, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 328 de la Ley General de Salud.
Prueba instrumental que certifica la pérdida de la vida	14	Prueba instrumental que registra la pérdida de la vida del potencial donador, autorizada por la Ley General de Salud.
Antecedentes Heredo Familiares	15	Una x dentro del paréntesis que corresponda al antecedente; en caso de ser positivo, anotar el nombre específico. Nota: anotar en el renglón de otros, sí algún antecedente no estuviera contemplado en la fila los paréntesis.
Antecedentes Personales Patológicos	16	Una x dentro del paréntesis que corresponda al antecedente; en caso de ser positivo, anotar el nombre específico. Nota: anotar en el renglón de otros, sí algún antecedente no estuviera contemplado en la fila los paréntesis.
Medicamentos	17	Medicamentos utilizados en los últimos seis meses.
Exploración Física	18	Presión arterial en mmHg., frecuencia cardíaca en latidos por minuto, frecuencia respiratoria en respiraciones por minuto, temperatura en grados centígrados, oximetría en porcentaje, gasto urinario en ml/hora, peso en kg, talla en cm, perímetro torácico en cm, y perímetro abdominal en cm Nota: en caso de ser potencial donador menor de 5 años, anotar peso en kg y gramos

a) Previo al mantenimiento	19	Una x en el paréntesis que corresponda, al medicamento, especificando cuando sea el caso cuando, cuánto tiempo y dosis.

SECRETARÍA DE SALUD

CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS PARA LA SELECCIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DEL POTENCIAL DONADOR FORMATO: EC-DOSE-2

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
b) Durante el mantenimiento	20	Una x en el paréntesis que corresponda, al medicamento especificando cuando sea el caso cuando, cuanto tiempo y dosis
a)Hematológico	21	Cantidades relacionadas a las cifras totales en gramos, porcentajes y micras cúbicas de la fórmula roja, fórmula blanca y plaquetas, así como de las observaciones microscópicas del frotis.
b) Metabólico	22	Cantidades relacionadas con los niveles séricos de la glucemia, función renal, función hepática y enzimas cardíacas.
c) Electrolitos	23	Cantidades relacionadas con los niveles séricos de los electrolitos referidos en este punto
d) Gasometría Arterial	24	Cantidades relacionadas con los niveles sanguíneos de pH, PaO_2, $PaCO_2$, HCO_3, Exceso de base y Saturación de O_2.
e) Examen general de orina	25	Lo relacionado con el análisis físico-químico de la orina, así como del sedimento microscópico de la misma
f) Infeccioso	26	Una x en el paréntesis que corresponda a cada estudio. NOTA: en el apartado de cultivo de secreciones, cuando éste sea positivo, anotar el nombre del microorganismo aislado y la susceptibilidad antimicrobiana.

CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS PARA LA SELECCIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DEL POTENCIAL DONADOR FORMATO: EC-DOSE-2

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Gabinete	27	En el inciso a) la fecha y hora del electroencefalograma; inciso b) el resultado de otro estudio que confirme la ausencia de flujo encefálico arterial (solo en caso de haberse realizado); inciso c) el diagnóstico tomográfico que condicionó la muerte encefálica Ç(indispensable llenar este apartado); inciso d) los hallazgos relacionado con parénquima pulmonar y silueta cardíaca (solo en caso de haberse realizado); inciso e) los hallazgos por imagen del hígado, vías biliares, riñones y, páncreas y bazo; inciso f) lo correspondiente en cada apartado; inciso g) lo relacionado con los hallazgos ecocardiográficos (solo en caso de haberse realizado).
Nombre del Cirujano de Trasplante	28	Nombre del Cirujano de Trasplantes que recibió la llamada del Coordinador de Donación, de la probable donación de órganos y tejidos con fines de trasplante.
Institución	29	Establecimiento de salud con Programa de Trasplante.
Hora de Notificación	30	Hora en que el Coordinador de Donación notifica al Responsable del Programa de Trasplantes de la probable donación de órganos y tejidos con fines de trasplante
Hora de Respuesta	31	Hora en que el Coordinador de Donación recibe la respuesta del Cirujano del Programa de Trasplantes.
Observaciones	32	Comentarios relacionados con la evolución del proceso.
Fecha	33	Día, mes y año en que el Coordinador de Donación notifica al Responsable del Programa de Trasplantes

		de la probable donación de órganos y tejidos con fines de trasplante.

CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS PARA LA SELECCIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DEL POTENCIAL DONADOR FORMATO: EC-DOSE-2

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Nombre y Firma del Médico Responsable de Donación	34	Nombre del Médico Responsable de Donación de la Unidad Médica Hospitalaria donde se genera la probable donación.

SECRETARÍA DE SALUD

(1)

SOLICITUD Y RESULTADOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS (SUA-LA-1)

Unidad Médica (2)

Nombre y Firma del Médico Tratante (3)

Fecha

NOMBRE del derechohabiente o Usuario (4) EDAD (5) No. DE EXPEDIENTE (6)

SEXO (7) M F CAMA No. (8) URGENTE (9) SI NO

DEPARTAMENTO SOLICITANTE (10) C.E. URG. HOSP OTRO

SERVICIO (11) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: (12)

HEMATOLOGICOS
SERIE ROJA
NUMERO DE MUESTRAS (13)
HEMOGLOBINA (14)
HEMATOCRITO (15)
RETICULOCITOS (16)
SEDIM GLOBULAR (17)
GRUPO (18) RH (19)
PLASMOCITOS (20)
OTROS (ESPECIFICAR) (21)
SERIE BLANCA
NUMERO DE MUESTRAS (22)
LEUCOCITOS (23) mm3
FORMULA LEUCOCITARIA %

LINFO	MONO	EOS	BASO	NEUTRO
(24)	(25)	(26)	(27)	(28)

HEMOGRAMA DE SCHILLING %

SEGMENT	BANDA	MIELO	METAMIEL
(29)	(30)	(31)	(32)

BACTERIOLOGICOS
NUMERO DE MUESTRAS (33)
EXUDADO (ESPECIFICAR) (34)
PLASMODIUM (35)
BACILOSCOPIA
DIRECTO (36) CONCENTRACION (37)
BAAR 1 2 3 4 (38)
OTROS (ESPECIFICAR) (39)
PRUEBAS DE COAGULACION Y HEMOSTASIA
NUMERO DE MUESTRAS (40)
PLAQUETAS (41)
TIEMPO DE CUAGULACION (42)
TIEMPO DE PROTROMBINA (43)
TROMBOPLASTINA PARCIAL (44)
FIBRINOGENO (45)
OTROS (ESPECIFICAR) (46)

BIOQUIMICOS
QUIMICA SANGUINEA
NUMERO DE MUESTRAS (47)
GLUCOSA (48)
CREATININA (49)
UREA (50)
B.DIR (51) Mg.% B.IND (52) Mg.%
T.G.O (53) U/ml. TGP (54) U/ml.
OTROS (ESPECIFICAR) (55)
ELECTROLITOS
NUMERO DE MUESTRAS (56)
SODIO (57)
POTASIO (58)
CALCIO (59)
MAGNESIO (60)
OTROS (ESPECIFICAR) (61)

COPROLOGICOS
NUMERO DE MUESTRAS (62)
EXAMEN FISICO (63)
COLOR (64)
CONSISTENCIA (65)
CONCRECIONES (66)
RESTOS ALIMENTICIOS (67)
MOCO (68)
PUS (69)
SANGRE MACRO (70)
PARASIT MACRO (71)
SANGRE MICRO (72)
EXAMEN PARASITOSCOPIO
TROFOZOITO (73)
QUISTE (74)
HUEVECILLOS (75)
OTROS (76)

INMUNOLOGICOS
REACCIONES LUETICAS
NUMERO DE MUESTRAS (77)
VDRL (78) CUANTITATIVO (79)
RACCIONES FEBRILES TIFICO H (80)
VIDAL PARATIF (81)
O
OTRA (82)
NBRUCELLA (ANOTAR REACCION) (83)
WELL FELIX (84) PROTEUS OXIS (85)
ANTIESTREPTOLISINAS (86)
PROTEINA C. REACTIVA (87)
OBSERVACIONES (88)
OTROS ANALISIS (ESPACIFICAR) (89)
No DE LAMINILLAS (90)

UROLOGICOS
EXAMEN GENERAL DE ORINA
NUMERO DE MUESTRAS (91)
EXAMEN FISICO
CANTIDAD (92) COLOR (93)
P.H. (94) DENCIDAD (95)
ASPECTO (96) SEDIMENTO (97)
ELEMENTOS ANORMALES
GLUCOSA (98) ALBUNINA (99)
C. CETONICOS (100) ERITROCITOS (101)
LEUCOCITOS (102) PIG. BILIARES (103)
UROBILINOGENO (104) CILINDROS (105)
CRISTALES (106) CEL. EPITELIALES (107)
OTRO (ESPECIFICAR) (108)
HORMONALES
NUMERO DE MUESTRAS (109)
GONADOTROPINAS CORIONICAS (DX. DE ENBARAZO) (110)
CUANTIF GONODOTROPINAS CORIONICAS EN ORINA DE 24 HORAS (111)
OTROS EXAMENES (ESPECIFICAR TIPO Y RESULTADOS) (112)
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA (113)

(114)
NOMBRE DEL QUIMICO QUE REALIZO EL ESTUDIO

1. PROPÓSITO

Contar con documentos que sustenten las peticiones que se realicen al Laboratorio de Análisis Clínicos, así como una forma para reportar los resultados de estos estudios.

2. DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Consta de dos secciones, en la primera se identifica a la unidad médica y el solicitante, y la segunda comprende la información correspondiente a las determinaciones clínicas que se soliciten.

3. MANEJO DE FORMATO

Deberá ser elaborado por la persona solicitante, con letra de molde números arábigos y tinta azul o negra y por la persona que reporta los resultados.

4. FUENTE

El derechohabiente o usuario que requiere de estudio de laboratorio.

5. CONSUMO

Se utilizará un formato por cada derechohabiente o usuario que requiera exámenes de laboratorio.

SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD Y RESULTADOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS (SUA-LA-1)

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Unidad Médica	1	El nombre de la Unidad Médica en la que se elabora el formato.
Nombre y Firma del Médico Solicitante	2	El nombre del médico que solicita el estudio anotar su nombre y firmara la solicitud.
Fecha	3	El número del día, del mes así como las dos últimas cifras de año en que se elabora el formato, cuando el número del día o el mes sea menor a diez anteponga un cero.
Nombre del Derechohabiente o Usuario	4	El nombre del derechohabiente o usuario iniciando con el apellido paterno, materno y nombre (s).
Edad	5	La edad del derechohabiente o usuario en años, meses y días.
No. de Expediente	6	El número del expediente clínico asignado al derechohabiente o usuario.
Sexo	7	El correspondiente al derechohabiente o usuario atendido (femenino o masculino).
Cama No.	8	El número de la cama censable que le fue asignada al derechohabiente o usuario.
Urgente Si No	9	Con una (X) en el paréntesis que corresponda si la solicitud es o no de urgencia.
Departamento Solicitante	10	El departamento que solicita el servicio.
Servicio	11	El nombre del Servicio que solicitó los análisis.
Diagnóstico Presuntivo	12	El diagnóstico presuntivo del derechohabiente o usuario.
Hematológicos		
Serie Roja		

9

Número de Muestras	13	El número de muestras que se obtienen.
Hemoglobina	14	La cantidad de hemoglobina (Hb) en gramos por decilitro (g/dl).

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Hematócrito	15	El porcentaje de hematócrito.
Reticulocitos	16	El porcentaje de reticulocitos.
Sedim. Globular	17	El valor de la sedimentación globular en mm.
Grupo	18	El grupo sanguíneo del sistema ABO.
Rh	19	El Rh del paciente o usuario.
Plasmocitos	20	Las células en formación.
Otros (Especificar)	21	Las modificaciones morfológicas del eritrocito, por ejemplo: alteraciones de volumen (anisocitosis), del color (anisocromía) y de la forma (poiquilocitosis).
Serie Blanca		
Número de Muestras	22	El número de muestras que se obtienen.
Leucocitos	23	El número de leucocitos por milímetro cúbico (mm3).
Formula Leucocitaria		
Linfo	24	El porcentaje de linfocitos.
Mono	25	El porcentaje de monocitos.
Eos	26	El porcentaje de eosinófilos.
Basófilos	27	El porcentaje de basófilos.
Neutro	28	El porcentaje de neutrófilos.
Hemograma de Shilling %		
Segment	29	El porcentaje de segmentados.
Banda	30	El porcentaje de neutrófilos en banda.
Mielocil.	31	El porcentaje de mielocitos.

Metamiel.	32	El porcentaje de metamielocitos.
Bacteriológicos		
Número de Muestras	33	El número de muestras que se obtienen.

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Exudado (Especificar)	34	El sitio anatómico de donde se obtuvo la muestra.
Plasmodium	35	El resultado del examen de gota gruesa.
Baciloscopia		
Directo	36	El resultado de la bacilocopia directa.
Concentración	37	El resultado de la bacilocopia concentrada.
BAAR 1 2 3 4	38	Con una (X) en el paréntesis que corresponda al número de muestras que se solicitan para el BAAR en expectoración.
Otros (Especificar)	39	El nombre de los estudios bacteriológicos solicitados.
Pruebas de Coagulación y Hemostasia		
Número de Muestras	40	El número de muestras que se obtienen.
Plaquetas	41	El número de plaquetas por mm3.
Tiempo de Coagulación	42	El tiempo de coagulación en segundos.
Tiempo de Protrombina	43	El tiempo de protrombina en segundos.
Tromboplastina Parcial	44	El tiempo parcial de tromboplastina en segundos.
Fibrinógeno	45	El tiempo de activación del fibrinógeno en segundos.
Otros (Especificar)	46	Otras pruebas de coagulación solicitadas, por ejemplo INR.
Bioquímicos		
Química Sanguínea		
Número de Muestras	47	El número de muestras que se obtienen.

Glucosa	48	El valor de la glucosa en sangre en miligramos por mililitro (mg/ml).
Creatinina	49	El valor de la creatinina en sangre en miligramos por 100 mililitros (mg/100 ml).

SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD Y RESULTADOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS (SUA-LA-1)

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Urea	50	El valor de la urea en sangre en miligramos por decilitros (mg/dl).
B. Dir.	51	El porcentaje de la bilirrubina directa en miligramos (mg/%).
B. Ind.	52	El porcentaje de la bilirrubina indirecta en miligramos (mg/%).
T. G. O.	53	El valor de la transaminasa glutámico oxalacética (TGO) en unidades por litro (U/l).
T. G. P.	54	El valor de la transaminasa glutámico pirúvica (TGO) en unidades por litro (U/l).
Otros (Especificar)	55	Otras pruebas bioquímicas solicitadas, por ejemplo: Colesterol, Triglicéridos, etc.).
ELECTRÓLITOS		
Número de Muestras	56	El número de muestras que se obtienen.
Sodio	57	El valor del sodio en sangre en miliequivalentes por litros (meq/l).
Potasio	58	El valor del potasio en sangre en miliequivalentes por litros (meq/l).
Calcio	59	El valor del calcio en sangre en mg/l.
Magnesio	60	El valor del magnesio en sangre en mg/l.
Otros (Especificar)	61	Otros electrólitos solicitados.
Coprológicos		
Número de Muestras	62	El número de muestras que se obtienen.

Examen Físico	63	Las características físicas encontradas en el examen físico de las heces fecales.
Color	64	El color de las heces fecales.

SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD Y RESULTADOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS (SUA-LA-1)

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Consistencia	65	La consistencia de las heces fecales.
Concreciones	66	Las concreciones de las heces fecales.
Restos Alimenticios	67	Las características de los restos alimenticios de las heces fecales.
Moco	68	La presencia y la cantidad de moco en las heces fecales.
Pus	69	La presencia y la cantidad de pus en las heces fecales.
Sangre Macro	70	La presencia y la cantidad de sangre macroscópica en las heces fecales.
Parasit. Macro	71	La presencia y la cantidad de parásitos macroscópicos en las heces fecales.
Sangre Micro	72	La presencia de sangre microscópica en las heces fecales.
Examen Parasitoscópico		
Trofozoito	73	La presencia y cantidad de trofozoitos en heces fecales.
Quiste	74	La presencia, el tipo y cantidad de quistes de parásitos en heces fecales.
Huevecillos	75	La presencia, el tipo y cantidad de huevecillos de parásitos en heces fecales.
Otros (Especificar)	76	Las anormalidades encontradas durante el examen de heces fecales.
Inmunológicos		
Reacciones Luéticas		
Número de Muestras	77	El número de muestras que se obtienen.

VDRL	78	Si es positivo o no la prueba serológica de VDRL.

SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD Y RESULTADOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS (SUA-LA-1)

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Cuantitativo	79	El resultado de la medición cuantitativa de la prueba de VDRL.
Reacciones Febriles		
Vidal		
Tífico	80	El resultado de la medición del antígeno tifico.
Paratif.	81	El resultado de la medición del antígeno paratifico.
Otra	82	El resultado de alguna otra reacción solicitada.
Brucilla	83	El resultado de la prueba antígenica de la Brucella.
Well Felix	84	El resultado de la prueba antígenica Well Felix.
Proteus Oxis	85	El resultado de la prueba antígenica de Proteus miriballis.
Antiestreptolisinas	86	El resultado de la prueba antígenica de antiestreptolisinas.
Proteína C Reactiva	87	El resultado de la prueba antígenica de proteína C reactiva.
Observaciones	88	Las observaciones encontradas.
Otros Análisis (Especificar)	89	Los resultados de otros análisis solicitados.
No. de Laminillas	90	El número de laminillas obtenidas.
Urológicos		
Examen General de Orina		
Número de Muestras	91	El número de muestras que se obtienen.
Examen Físico		
Cantidad	92	La cantidad de la muestra en mililitros.

Color	93	El color de la muestra.
pH	94	El pH de la muestra.

SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD Y RESULTADOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS (SUA-LA-1)

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Densidad	95	La densidad de la muestra.
Aspecto	96	El aspecto de la muestra.
Sedimento	97	El tipo y cantidad de sedimento de la muestra.
Elementos Anormales		
Glucosa	98	La presencia y la cantidad de glucosa en orina cuantificándola de acuerdo a su presencia por el sistema de cruces (+, ++, +++ o ++++).
Albúmina	99	La presencia y la cantidad de albuminuria en mg/dl.
C. Cetónicos	100	La presencia y cantidad de cuerpos cetónicos en (+).
Eritrocitos	101	La presencia y cantidad de eritrocitos.
Leucocitos	102	La presencia y cantidad de leucocitos.
Pig. Biliares	103	La presencia y cantidad de pigmentos biliares.
Urobilinógeno	104	La presencia y cantidad de urobilinógeno.
Cilindros	105	La presencia y cantidad de cilindros.
Cristales	106	La presencia y cantidad de cristales.
Cel. Epiteliales	107	La presencia y cantidad de células epiteliales.
Otros (Especificar)	108	La presencia de otras anormalidades encontradas.
Hormonales		
Número de Muestras	109	El número de muestras que se obtienen.
Gonatrofinas Coriónicas (Dx. De Embarazo)	110	La presencia o no de gonadotrofina coriónica.
Cuantif. Gonatrofinas Coriónicas en Orina de 24 Horas	111	El valor en unidades por litro de la hormona gonadotrofina coriónica en orina de 24 horas.

SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD Y RESULTADOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS (SUA-LA-1)

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Otros Exámenes (Especificar Tipo y Resultados)	112	El resultado de los exámenes solicitados.
Impresión Diagnóstica	113	La impresión diagnóstica.
Nombre del Químico que Realizó el Estudio	114	El nombre del Químico que realizó el estudio iniciando con el apellido paterno, materno y nombre (s).

SECRETARÍA DE SALUD

ECHA-16-1

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DERECHOHABIENTE O USUARIO PARA PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

UNIDAD HOSPITALARIA _____(1)_____

Número de Expediente Clínico_____(2)_____

México, D. F., a _____de _____(3) _____ del 20 _____

Dr. _____ **(4)**_____
Director del hospital_____ **(5)** _____
p r e s e n t e.

El que suscribe **(6)** (NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE O USUARIO O PERSONA RESPONSABLE) por medio del presente manifiesto que el (a) doctor (a) **(7)** NOMBRE DEL MÉDICO INFORMANTE) a efecto de diagnosticar o confirmar la enfermedad que padezco y/o mi familiar y en su caso prescribir el tratamiento y/o procedimiento quirúrgico respectivo, me ha explicado de manera clara, detallada y entendible, la necesidad de realizar el o los procedimientos médico y/o quirúrgicos siguientes:

_____
_____(8)_____

Por lo que otorgo mi consentimiento para que se realice en mi persona ó en el derechohabiente o usuario que legalmente represento, todos y cada uno de los procedimientos médicos y/o quirúrgicos arriba indicados

Queda entendido que se me han explicado ampliamente, que como en todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, por no ser la medicina una ciencia exacta, en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar médico, se pueden presentar complicaciones, riesgos y/o secuelas inherentes a los procedimientos médicos (terapéuticos o rehabilitatorios) o quirúrgicos, y en este momento se me da a conocer el contenido del **Art.103 de la Ley General de Salud** que a la letra dice:

"En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista la posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso,. o del familiar más cercano en vinculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determina esta Ley y otras disposiciones aplicables". No obstante ello, deseo informarle que ACEPTO con pleno conocimiento y toda libertad los riesgos inherentes a mi tratamiento y consecuentemente otorgo mi CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO a los médicos de este Hospital para que se realicen en mí persona los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios, entendiendo que los mismos van encaminados éticamente el mejoramiento de mi salud.

Así mismo, manifiesto haber recibido la información relativa a los alcances, efectos y consecuencias de la no aceptación del tratamiento (s) o procedimientos propuestos.

Nombre y firma o huella digital del Derechohabiente o usuario o Responsable Legal
(9)
_____

(10)
_____
Domicilio teléfono

Huella Digital del Derechohabiente o Usuario o Representante Legal

Testigo 1
(11)
_____

(13)
_____
Domicilio teléfono

_____**(12)**_____
Parentesco o relación

Testigo 2
(14)
_____

(16)
_____
Domicilio teléfono

_____**(15)**_____
Parentesco o relación

Elaboración en Original y Copia
Original para la Unidad Medica (Expediente Clínico)
Copia para Derechohabiente o Usuario o Responsable Legal

(17)
_____
Nombre y firma del Médico Informante

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO NFORMADO DEL DERECHOHABIENTE O USUARIO PARA PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Unidad Hospitalaria	1	El nombre de la unidad hospitalaria.
Número de Expediente Clínico	2	Número que corresponde al Expediente Clínico del Derechohabiente o Usuario
Fecha	3	La fecha, iniciando por el día, mes y año en que se realiza la autorización.
C. Dr.	4	El nombre completo del director del hospital.
Director del Hospital	5	El nombre de la unidad hospitalaria.
NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE O USUARIO O RESPONSABLE LEGAL	6	El nombre completo del derechohabiente o usuario o, en su caso, de la persona que lo representa legalmente.
NOMBRE DEL MÉDICO INFORMANTE	7	El nombre completo del médico que proporciona, derechohabiente o usuario, la información requerida para la firma del consentimiento.
_____	8	Nombre de los procedimientos a realizar y por los que se requiere el consentimiento
Nombre y Firma o huella digital del Derechohabiente o Usuario o Representante Legal	9	El nombre completo y firma o huella digital del derechohabiente o usuario o, en su caso, de la persona que lo representa legalmente.
Domicilio y Teléfono	10	Nombre de la calle, número interior y exterior, colonia Código Postal y Delegación del derechohabiente o usuario y en su caso de la persona que lo representa legalmente.
Testigo 1	11	El nombre completo y la firma de la persona que atestigua el Consentimiento para fines legales.

Parentesco o Relación	12	El parentesco o relación con el Derechohabiente o Usuario, de la persona que atestigua el Consentimiento.
Domicilio y Teléfono	13	Nombre de la calle, número interior y exterior, colonia Código Postal y Delegación de la persona que atestigua el Consentimiento. Testigo 2
Testigo 2	14	El nombre completo y la firma de la persona que atestigua el Consentimiento para fines legales.

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Parentesco o Relación	15	El parentesco o relación con el Derechohabiente o Usuario, de la persona que atestigua el Consentimiento.
Domicilio y Teléfono	16	Nombre de la calle, número interior y exterior, colonia Código Postal y Delegación de la persona que atestigua el Consentimiento.
Nombre y firma del Médico Informante	17	El nombre completo y la firma del médico que recabo la información requerida para la firma del consentimiento.

9

SOLICITUD DE PRUEBAS INSTRUMENTALES PARA CERTIFICAR LA MUERTE ENCEFÁLICA FORMATO: DOPI-3

EC-DOPI-3

SECRETARÍA DE SALUD			
Unidad Médica Hospitalaria:			
Nombre: (1)			
No. De Expediente: (2) (3)		Edad: (4)	Sexo: F ( ) M ( ) (5)
Servicio:		No. De Cama:	
Fecha de ingreso:	Diagnóstico de ingreso: (6)		
Diagnóstico Probable de Muerte Encefálica: (7)			
Aplica Artículo 328 de la Ley General de Salud: (8)		Sí ( )	No ( )
Se solicita la realización de:			
Electroencefalograma: (9)	Con actividad ( )	Sin actividad ( )	
Otro (especificar): (10)			
Fecha y hora de la solicitud: (11)			

Nombre, cargo, cédula y firma de la persona que solicita el estudio (12)

Nombre, cargo, cédula y firma de la persona que recibe la solicitud (13)

SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD DE PRUEBAS INSTRUMENTALES PARA CERTIFICAR LA MUERTE ENCEFÁLICA
FORMATO: DOPI-3
EC-DOPI-3

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Unidad Médica Hospitalaria	1	Nombre y la clave de la Unidad Médica Hospitalaria.
Nombre	2	Nombre completo del paciente iniciando por el apellido paterno, materno y nombre (s).
Número de expediente	3	Número de expediente del paciente.
Edad	4	Número de años del paciente, si es menor de 6 años especificar años y meses.
Sexo	5	Una x en el paréntesis que corresponda.
Diagnóstico de Ingreso	6	Diagnóstico del paciente a su ingreso, poniendo énfasis en el aspecto neurológico.
Diagnóstico de muerte encefálica	7	Nombre específico de la patología que causó la muerte encefálica,
Aplica Artículo 328 de la Ley General de Salud	8	Una x en el paréntesis que corresponda.
Electroencefalograma	9	Una x en el paréntesis que corresponda.
Otro	10	Especificar estudio y resultado.
Fecha y hora de la solicitud	11	Día, mes, año y hora en que se requisita esta solicitud.
Nombre, cargo, cédula y firma de la persona que solicita el estudio	12	Nombre y cédula del Médico que elabora la solicitud.
Nombre, cargo, cédula y firma de la persona que recibe la solicitud.	13	Nombre y cédula del Técnico en el manejo de Aparatos de Electrodiagnóstico o del Médico Neurológico o Neurocirujano que recibe la solicitud.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE LA VIDA PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CON FINES DE TRASPLANTES FORMATO: DOPV-5

EC-DOPV-5

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso.

Llénese con letra de molde legible o a máquina

1.- DATOS DEL MÉDICO TRATANTE.

Doctor (a):

Médico Cirujano con Cédula Profesional Número

Manifiesta que de acuerdo a los artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud, El / la C.

2.- DATOS DEL PACIENTE.

quien se encuentra en la cama/cuarto/núm. _____ del servicio de

3.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

del hospital:

ubicado en

.4.- COMPROBACIÓN DE LA MUERTE CEREBRAL

Ha perdido la vida

De acuerdo al artículo 343 fracción I de la Ley General de Salud, la pérdida de la vida ocurre cuando

se presenta la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.

En el artículo 343 de la misma Ley se establece que la muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

I. Ausencia completa y permanente de conciencia;

II. Ausencia permanente de respiración espontánea; y

III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Así mismo, se ha descartado que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas; con fundamento en el artículo 344 la muerte encefálica se ha comprobado a través de las siguiente (s) prueba (s):

5.- CERTIFICACIÓN DE LA MUERTE.

Con base en lo anterior, el que suscribe CERTIFICA LA PÉRDIDA DE LA VIDA de, El / la C.

ocurrida en la ciudad de _____ a las _____ horas del día

del mes de _____ del año _____ .

6.- NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO.

DR. _____.

Nombre y Firma

El presente documento se encuentra debidamente elaborado con fundamento a los artículos 343 fracción I, y 344 de la Ley General de Salud. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Sistema de Atención Telefónica a la Ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 54-80-20-00 en el D.F. y área metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01-800-00-14800, o al 1-888-594-3372 desde Estados Unidos y Canadá o al Centro de Trasplantes del Distrito Federal 51320900 ext. 1422 al Centro Nacional de Trasplantes al 56-31-14-99 o desde el interior de la República al 01-800201-78-61y 62

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE LA VIDA PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CON FINES DE TRASPLANTES FORMATO: DOPV-5

EC-DOPV-5

Instructivo de Llenado

1.- DATOS DEL MÉDICO TRATANTE. o Anotar el nombre del médico, distinto a los que intervienen en el trasplante o en la obtención de los órganos con cédula profesional legalmente autorizado para ejercer. o Anotar el número de cédula profesional.
2.- DATOS DEL PACIENTE. o Anotar el nombre del paciente. o Anotar el número de cama o cuarto. o Anotar el servicio del hospital en que se encuentra.
3.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO. o Anotar el nombre del hospital. o Anotar el domicilio del hospital.
4.- COMPROBACIÓN DE LA MUERTE CEREBRAL o Anotar que tipo de pruebas se realizaron para determinar la muerte cerebral, las cuales pueden ser: 1) Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral o bien 2) Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral
5.- CERTIFICACIÓN DE LA MUERTE. o Anotar nombre completo de quien certifica la pérdida de la vida. o Anotar lugar, hora y fecha.
6.- NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO.

Anotar el nombre y la firma del médico que certifica la pérdida de la vida.
ESTE FORMATO ES DE LIBRE REPRODUCCIÓN, EN HOJA TAMAÑO CARTA. **LOS DOCUMENTOS NO DEBERÁN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.** **EL DOCUMENTO SE PRESENTA POR DUPLICADO PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE.**

SECRETARÍA DE SALUD

INSTRUCTIVO DE LLENADO
CONSENTIMIENTO PARA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADÁVERES CON FINES DE TRASPLANTE

EC-CDOT-6

1.- DATOS DEL DONADOR O DISPONENTE

- Anotar el nombre completo (apellido paterno, materno y nombre/s).
- Anotar edad y sexo.
- Anotar el diagnóstico de ingreso (ejemplo: hematoma subdural secundario a T.C.E.).
- Anotar la causa de la muerte, la fecha y la hora.
- Anotar el nombre y domicilio del establecimiento donde se encuentra el donante o disponente.

2.- CONSENTIMIENTO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

- Anotar el nombre completo (apellido paterno, materno y nombres), del familiar que otorga el consentimiento de donación.
- Anotar la parentesco entre el donador y el familiar (ejemplo: esposo (a), padre, madre, hermano, etc.).
- Anotar el nombre del occiso (a).
- Anotar que órganos o tejidos serán donados (ejemplo: riñones, hígado, córnea izquierda, etc.).

3.- DATOS DEL FAMILIAR QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO

- Anotar el nombre completo (apellido paterno, materno y nombres), del familiar que otorga el consentimiento de donación.
- Anotar la parentesco entre el donador y el familiar (ejemplo: esposo (a), padre, madre, hermano, etc.).
- Anotar la calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad, Estado.
- Firma del familiar que otorga el consentimiento de donación.

4.- DATOS DE DOS TESTIGOS

- Anotar el nombre completo (apellido paterno, materno y nombres), del testigo que otorga el consentimiento de donación.
- Anotar el parentesco entre el donador y el testigo o de no existir alguno también especificarlo.
- Anotar la calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad, Estado.
- Firma de los testigos.

Nota: Favor de anexar copia de identificación oficial de los testigos (credencial de elector, pasaporte, cartilla o licencia vigentes).

ESTE FORMATO ES DE LIBRE REPRODUCCIÓN, EN HOJA TAMAÑO CARTA.
LOS DOCUMENTOS NO DEBERÁN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.
EL DOCUMENTO SE PRESENTA POR DUPLICADO PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE.

9

DOAI-7

ACTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADÁVERES A LOS QUE SE ORDENA LA NECROPSIA

SECRETARÍA DE SALUD

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso.
Llénese con letra de molde legible o a máquina.

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO **FC-DOAI-7**

Nombre o Razón Social _____ Número de Licencia sanitaria _____

Calle y Número _____ Colonia o Localidad _____

Delegación política o Municipio _____ Entidad Federativa _____ Código Postal _____ Teléfono (s) _____

2.- DATOS DEL DONADOR O DONANTE

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____ Edad _____ Sexo _____

Causa de Muerte _____

Con certificación de pérdida de la vida, dada en la Ciudad de _____ a las _____ horas del día del _____ mes _____ del año _____.

3.- ESPECIFICACIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS A OBTENER

Órganos y Tejidos que se van a obtener:

_____

_____

_____

_____

4.- DATOS DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO

Número de la agencia

Calle y Número _____ Colonia o Localidad _____

Delegación política o Municipio _____ Entidad Federativa _____ Código Postal _____ Teléfono (s) _____

Turno _____ Mesa _____ Fecha _____

Sello de Recibido

5.- COORDINADOR HOSPITALARIO DE TRASPLANTES

Bajo protesta de decir la verdad manifiesto contar con las autorizaciones sanitarias correspondientes, así como cumplir y hacer cumplir los ordenamientos legales en materia de donación, trasplantes y pérdida de la vida de seres humanos.

_____
Nombre y Firma del Médico Responsable de Donación

El presente documento se encuentra debidamente elaborado con fundamento a los artículos 343 fracción I, y 344 de la Ley General de Salud.
Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Sistema de Atención Telefónica a la Ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 54-80-20-00 en el D.F. y área metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01-800-00-14800, o al 1-888-594-3372 desde Estados Unidos y Canadá o al Centro de Trasplantes del Distrito Federal 51320900 ext. 1422
o a Medicina a Distancia 5132-0909 o al Centro Nacional de Trasplantes al 56-31-14-99 o desde el interior de la República al 01-800201-78-61.

9

INSTRUCTIVO DE LLENADO
ACTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADÁVERES A LOS QUE SE ORDENA LA NECROPSIA. **FC-DOAI-7**

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO
- Anotar el nombre o razón social.
- Anotar el número de Licencia Sanitaria otorgada por el Centro Nacional de Trasplantes.
- Anotar la calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad, Estado.

2.- DATOS DEL DONANTE O DISPONENTE
- Anotar el nombre completo (apellido paterno, materno y nombre (s).
- Anotar la edad y el sexo.
- Anotar la causa de la muerte (ejemplo: Muerte Cerebral secundaria a H.P.A.F. perforante de cráneo).
- Anotar la ciudad, hora, día, mes, y año en que se haya certificado la pérdida de la vida.

3.- ESPECIFICACIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS A OBTENER
- Anotar que órganos o tejidos se van a obtener (ejemplo: riñón, derecho, hígado y córneas, etc.)

4.- DATOS DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO
- Anotar el número de la agencia del ministerio público en donde se lleva la averiguación previa.
- Anotar la calle y número donde se encuentra.
- Anotar el turno y la mesa donde se lleva la averiguación previa.
- Anotar la fecha (día, mes y año).
- Sello de recibido

5.- NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE DE DONACIÓN
- Anotar nombre y firma del Médico Responsable de Donación.

SECRETARÍA DE SALUD

CONTROL DE INGRESO PARA LOS EQUIPOS DE TRASPLANTE
FORMATO CIET-8

EC-CIET-8

Nombre del Donador: (1)	
Número de Expediente: (2)	
Fecha: (3)	**Hora:** (4)
Equipos de Trasplante	
Hospital de Procedencia	**Nombre y cargo del o los Responsable(s)**
(5)	(6)

Responsable de la Unidad Hospitalaria (7)
Nombre y Firma

SECRETARÍA DE SALUD

CONTROL DE INGRESO PARA LOS EQUIPOS DE TRASPLANTE
FORMATO CIET-8

EC-CIET-8

Instructivo de Llenado

DICE	No.	DEBE ANOTARSE
Nombre del Donador	1	Anotar el Apellido paterno, materno y nombre (s) del donador de órganos y tejidos.
Número de Expediente	2	Inscribir el Número de Expediente.
Fecha	3	Día, mes, año en que se requisita esta solicitud.
Hora	4	Hora en que se requisita el Control de Ingreso.
Hospital de Procedencia	5	Registrar el Nombre del Hospital del cual provienen el o los Equipos de Trasplante que realizarán la extracción de los órganos y/o tejidos para su posterior trasplante.
Nombre y cargo del o los Responsables	6	Escribir el Nombre y cargo del o los Responsables del o los Equipos de Trasplante que ingresan a la Unidad Hospitalaria para realizar la extracción de los órganos y/o tejidos.
Nombre y Firma	7	Asentar el nombre y firma del Responsable de la Unidad Hospitalaria al ingreso de los Equipos de Trasplante.

SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

UNIDAD MEDICA (1) CLAVE (2)

IDENTIFICACION

NOMBRE (3) No. DE EXP. (4)

SEXO (5) EDAD (6) CAMA (7) FECHA (8)

SOLICITUD DE OPERACION

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO (9)

OPERACION PROYECTADA (10)

ELECTIVA ( ) URGENCIA ( )

(11)

FIRMA DEL JEFE DEL SERVICIO (12)

PROGRAMACION DEL QUIROFANO

FECHA (13) HORA (14) SALA (15)

FIRMA DEL JEFE ENCARGADO DEL QUIRÓFANO (16)

REGISTRO DE OPERACION

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO (17)

OPERACION EFECTUADA (18)

EXAMEN HISTOPATOLOGICO TRANSOPERATORIO SOLICITADO E INFORME (19)

ANESTESIA ADMINISTRADA ANESTESIOLOGO

INSTRUMENTISTA CIRCULANTE

AYUDANTES 1° (20) 2° 3° (21)

(22) (23)

AUTORIZACIÓN DE INTERVENCIÓN DEL PACIENTE Y/O RESPONSABLE

(24)

FIRMA DEL CIRUJANO

NOMBRE, FIRMA Y FECHA

(25) (26)

ECIQ-13

(27) *DESCRIPCION DE: TECNICA (1) HALLAZGOS OPERATORIOS (2) COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS (3) OBSERVACIONES (4) CUENTA DE GASAS Y COMPRESAS (5) SANGRADO ML (6)*

PLAN DE MANEJO, ESTADO POSTQUIRURGICO INMEDIATO, PRONOSTICO

(28)

(29)

ELABORADO

(30)

NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO

SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Unidad Médica	1	El nombre de la unidad operativa en donde se requisita el formato.
Clave	2	La clave correspondiente a la unidad operativa.
Identificación		
Nombre	3	El nombre completo del derechohabiente o usuario iniciando con el apellido paterno seguido del materno y nombre (s).
No. de Exp. "Número de Expediente"	4	El número del expediente clínico asignado al derechohabiente o usuario.
Sexo	5	El correspondiente al derechohabiente o usuario atendido (femenino o masculino).
Edad	6	La edad del derechohabiente o usuario en años, meses y días.
Cama	7	El número de la cama censable que le fue asignada al derechohabiente o usuario.
Fecha	8	El día, mes y año en el que se requisita el formato.
Solicitud de Operación		
Diagnóstico Preoperatorio	9	El diagnóstico con el que el derechohabiente o usuario es ingresado al servicio de cirugía.
Operación Proyectada	10	El tipo de cirugía que de acuerdo con el diagnóstico se ha considerado practicar al derechohabiente o usuario.
Electiva-Urgencia	11	Con una (X) en el paréntesis que corresponda si la cirugía es programada o de urgencia.
Firma del jefe de Servicio	12	El médico jefe del servicio que solicita la intervención quirúrgica firmará la solicitud.

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Programación del Quirófano		
Fecha	13	El día, mes y año programado para realizar la intervención quirúrgica.
Hora	14	La hora programada para llevar a cabo la intervención quirúrgica.
Sala	15	El número de sala de cirugía, programada para realizar la intervención quirúrgica.
Firma del Jefe Encargado de Quirófano	16	El médico jefe encargado del quirófano será quien deberá firmar la solicitud.
Registro de Operación		
Diagnóstico Preoperatorio	17	El diagnóstico que se determine, de acuerdo con los hallazgos transoperatorios, una vez practicada la cirugía al derechohabiente o usuario.
Operación Efectuada	18	Si la cirugía programada se realizó y describir el tipo y las características; si no se efectuó la cirugía programada, especificar la causa e indicar el tipo de cirugía que finalmente se realizó.
Examen Histopatológico Transoperatorio Solicitado e Informe	19	Si se tomó muestra transoperatoria para estudio de examen histopatológico y anotar los posibles hallazgos como resultado del análisis.
Anestesia Administrada	20	El tipo de anestesia suministrada al derechohabiente o usuario en la cirugía que se le practicó.
Anestesiólogo	21	El nombre (s), apellido paterno y materno del médico anestesiólogo que participó en la cirugía.
Instrumentista	22	El nombre (s), apellido paterno y materno de la (el) enfermera (o) instrumentista o, en su defecto, del médico becario que realizó esta función.
Circulante	23	El nombre completo de la (él) enfermera (o) que tuvo la función de circulante, iniciando por el apellido paterno seguido del materno y nombre (s).
Ayudantes	24	Los nombres completos de los médicos que participaron

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
		como ayudantes iniciando por los apellidos paternos seguido de los maternos y nombre (s).
Firma del Cirujano	25	El médico cirujano firmará el formato una vez concluida la cirugía.
Autorización de Intervención del Paciente y/o Responsable		
Nombre, Firma y Fecha	26	El nombre completo del derechohabiente o usuario y/o del responsable del mismo, iniciando con el apellido paterno, seguido del materno y nombre (s), así como la fecha y su firma.
Descripción de Técnica (1), Hallazgos Operatorios (2), Complicaciones Transoperatorias (3), Observaciones (4), Cuenta de Gasas y Compresas (5) Sangrado ml (6)	27	En forma de lista: la técnica utilizada en la cirugía; los hallazgos principales que se observaron durante la cirugía; las complicaciones transoperatorias que se presentaron; algunas observaciones que el cirujano estime de importancia; la cantidad de gasas y compresas que se utilizaron en la cirugía que deberá coincidir con las que fueron solicitadas al inicio de la operación, y la cantidad de sangrado que tuvo el derechohabiente o usuario durante la cirugía calculado en mililitros y si fue necesario transfundir sangre total o hemoderivados.
Plan de Manejo, Estado Postquirúrgico Inmediato, Pronóstico	28	El manejo que debe darse al derechohabiente o usuario intervenido, así como el estado postquirúrgico inmediato vigilado en la sala de recuperación y el pronóstico postoperatorio que se determine de acuerdo con los resultados de la cirugía.
Elaborado	29	El nombre completo de la persona que requisita el formato, iniciando por el apellido paterno seguido del materno y nombre (s).
Nombre y Firma del Cirujano	30	El nombre completo del médico cirujano, iniciando por el apellido paterno seguido del materno y nombre (s) y su firma.

SECRETARÍA DE SALUD

CÉDULA DE RESGUARDOS DE ÓRGANOS O TEJIDOS PROCEDENTES DE DONACIÓN CADAVÉRICA. FORMATO: DORO -4

EC-DORO-4

Donador: (1)			
Expediente: (2)			
Diagnóstico de pérdida de la vida: (3)			
Fecha y Hora de certificación de pérdida de la vida: (4)			
Fecha de la donación: (5)			
Médico Responsable de Donación: (6)			
Órgano o Tejido Donado (si es órgano o tejido par, especificar): (7)			
Corazón ( )	**Riñon ( )**	**Hueso ( )**	**Otros:**
Hígado ( )	**Córnea ( )**	**Piel ( )**	
Hospital de Procedencia del Equipo Quirúrgico: (8)			
Nombre y cargo del Responsable del Resguardo de órgano o tejido: (9)			

Firma (10)	**Firma** (11)
Médico Responsable de Donación	**Responsable del Resguardo de los Órganos o Tejidos**

*Una cédula por cada órgano o tejido extraído, en caso de no ser el mismo equipo de procuración.

SECRETARÍA DE SALUD

CÉDULA DE RESGUARDOS DE ÓRGANOS O TEJIDOS PROCEDENTES DE DONACIÓN CADAVÉRICA. FORMATO: DORO -4

EC-DORO-4

Instructivo de Llenado

DICE	Nº	DEBE ANOTARSE
Donador	1	Apellido Paterno, Materno y Nombre del Potencial Donador.
Expediente	2	Número de Expediente
Diagnóstico de pérdida de la vida	3	Nombre de la patología que ocasionó la pérdida de la vida del potencial donador y que ha quedado registrado en el formato ECNM-4 Notas Médicas.
Fecha y Hora de Certificación de pérdida de la vida	4	Fecha y hora en que ha quedado registrada la pérdida de la vida del donante en el formato ECNM-4 Notas Médicas.
Fecha de la Donación	5	Fecha en que se realiza la extracción de los órganos y/o tejidos.
Médico Responsable de Donación	6	Apellido paterno, materno y nombre del Médico Responsable de Donación
Órgano o tejido Donado (si es órgano o tejido par, especificar)	7	Una X dentro del paréntesis que corresponda al órgano donado
Hospital de procedencia del Equipo Quirúrgico	8	Nombre de la unidad médica hospitalaria de procedencia del Equipo Quirúrgico
Nombre y cargo del Responsable del Resguardo del órgano o tejido	9	Apellido paterno, materno y nombre del médico cirujano de trasplante responsable del resguardo del órgano o tejido
Firma del Médico Responsable de Donación	10	Rúbrica Médico Responsable de Donación
Firma del Responsable del Resguardo del órgano o	11	Rúbrica del Responsable del Resguardo del órgano o tejido

tejido		

SECRETARÍA DE SALUD

CÉDULA DE RESGUARDOS DE ÓRGANOS O TEJIDOS PROCEDENTES DE DONACIÓN CADAVÉRICA. FORMATO: DORO -4

Donador: (1)			
Expediente: (2)			
Diagnóstico de pérdida de la vida: (3)			
Fecha y Hora de certificación de pérdida de la vida: (4)			
Fecha de la donación: (5)			
Médico Responsable de Donación: (6)			
Órgano o Tejido Donado (si es órgano o tejido par, especificar): (7)			
Corazón ( )	**Riñon ( )**	**Hueso ( )**	**Otros:**
Hígado ( )	**Córnea ( )**	**Piel ( )**	
Hospital de Procedencia del Equipo Quirúrgico: (8)			
Nombre y cargo del Responsable del Resguardo de órgano o tejido: (9)			

Firma (10)	**Firma** ((11)
Médico Responsable de Donación	**Responsable del Resguardo de los Órganos o Tejidos**

*Una cédula por cada órgano o tejido extraído, en caso de no ser el mismo equipo de procuración.

SECRETARÍA DE SALUD

CÉDULA DE RESGUARDOS DE ÓRGANOS O TEJIDOS PROCEDENTES DE DONACIÓN CADAVÉRICA. FORMATO: DORO -4

Instructivo de Llenado

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Donador	1	Apellido Paterno, Materno y Nombre del Potencial Donador.
Expediente	2	Número de Expediente
Diagnóstico de pérdida de la vida	3	Nombre de la patología que ocasionó la pérdida de la vida del potencial donador y que ha quedado registrado en el formato ECNM-4 Notas Médicas.
Fecha y Hora de Certificación de pérdida de la vida	4	Fecha y hora en que ha quedado registrada la pérdida de la vida del donante en el formato ECNM-4 Notas Médicas.
Fecha de la Donación	5	Fecha en que se realiza la extracción de los órganos y/o tejidos.
Médico Responsable de Donación	6	Apellido paterno, materno y nombre del Médico Responsable de Donación
Órgano o tejido Donado (si es órgano o tejido par, especificar)	7	Una X dentro del paréntesis que corresponda al órgano donado
Hospital de procedencia del Equipo Quirúrgico	8	Nombre de la unidad médica hospitalaria de procedencia del Equipo Quirúrgico
Nombre y cargo del Responsable del Resguardo del órgano o tejido	9	Apellido paterno, materno y nombre del médico cirujano de trasplante responsable del resguardo del órgano o tejido
Firma del Médico Responsable de Donación	10	Rúbrica Médico Responsable de Donación
Firma del Responsable del Resguardo del órgano o tejido	11	Rúbrica del Responsable del Resguardo del órgano o tejido