

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALCA</small>	Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	1.PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA		Hoja: 1 de 127

1. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	1.PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA		Hoja: 2 de 127

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los lineamientos en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI u Hospital), para llevar a cabo la evaluación socioeconómica de los usuarios que se hospitalizan mediante una entrevista directa con el objeto de asignar el nivel socioeconómico que le corresponda e implementar acciones de tipo social encaminadas a apoyar en la atención del usuario, para facilitar su proceso de recuperación biopsicosocial y el apego a su tratamiento médico.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno aplica: A la Subdirección de Atención al Usuario donde los Trabajadores Sociales elaboran Estudio Social, valoran y asignan nivel de clasificación socioeconómica a los pacientes hospitalizados.
- 2.2 A nivel externo aplica: A los usuarios de población abierta y a derechohabientes de los servicios médicos e instituciones públicas y privadas, así como a las unidades de salud que tienen como parte de sus políticas respetar el nivel socioeconómico asignado en otra institución de la Secretaría de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Atención al Usuario, a través del personal de la Unidad de Trabajo Social, participará en la evaluación socioeconómica del paciente que será hospitalizado a fin de que dichas valoraciones estén completas y a disposición de quienes brindarán la atención al paciente. (Cumple con los estándares AOP. 1 Y AOP. 1.1)
- 3.2 La Subdirección de Atención al Usuario contribuirá a través del personal de la Unidad de Trabajo Social y mediante una entrevista, a que la Evaluación Socioeconómica (antes clasificación socioeconómica) se apegue al “Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la secretaría de salud y de las entidades coordinadas por dicha secretaría”. (Cumple con los estándar COP. 1)
- 3.3 De conformidad a lo establecido en el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, todas las personas que se encuentran en el país que no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados, por lo que al momento de requerir la atención en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca será a través del

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	1.PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA		Hoja: 3 de 127

personal de la Subdirección de Recursos Financieros (kiosco) quienes garanticen la prestación gratuita de los servicios públicos de salud. (Cumple con los estándar COP.1)

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA
0-12	1x (EXCENTO)
13-24	1 (EXCENTO)
25-36	2 (EXCENTO)
37-52	3 (EXCENTO)
53-68	4 (EXCENTO)
69-84	5 (EXCENTO)
85-100	6 (EXCENTO)

- 3.4 A todo paciente de nuevo ingreso que cuente con seguridad social y que requieran de los servicios de Alta Especialidad del HRAEI, se le asignará una cuota de recuperación inicial en Nivel dos del Tabulador de Cuotas de Recuperación autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, mismo que le proporcionará el personal de la Subdirección de Recursos Financieros
- 3.5 A los pacientes derechohabientes que requieran el servicio de hospitalización en el HRAEI quedarán sujetos a su capacidad de pago para cubrir la cuota de recuperación, de acuerdo a la evaluación socioeconómica que realice la Subdirección de Atención al Usuario, a través del personal de la Unidad de Trabajo Social conforme al párrafo segundo del artículo 36 de la Ley General de Salud.
- 3.6 Para los pasantes, estudiantes o internos se les asignará cuota de recuperación inicial en nivel dos del Tabulador de Cuotas de recuperación autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y en caso de que requieran el servicio de hospitalización en el HRAEI quedarán sujetos a su capacidad de pago para cubrir la cuota de recuperación a través de la evaluación socioeconómica que realice la Subdirección de Atención al Usuario, a través del personal de la Unidad de Trabajo Social.
- 3.7 Para efectos de la integración de la evaluación socioeconómica, la Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Unidad de Trabajo Social, solicitará al paciente, familiar, tutor o representante legal, la información socioeconómica a través

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	1.PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA		Hoja: 4 de 127

de una entrevista y la documentación siguiente (previamente solicitada): (Cumple con los estándar PFE. 2.1)

Paciente pediátrico

- Aviso de confidencialidad (otorgado por el personal de la Unidad de Trabajo Social en el momento de la entrevista)
- Acta de nacimiento
- CURP
- Cartilla de vacunación
- Identificación de ambos padres
- Comprobante de domicilio
- Comprobante de ingresos

Paciente adulto

- Aviso de confidencialidad (otorgado por el personal de la Unidad de Trabajo Social en el momento de la entrevista)
- Acta de Nacimiento
- CURP
- Identificación del paciente
- Identificación del responsable
- Comprobante de domicilio
- Comprobante de Ingresos

3.8 Para la elaboración de la evaluación socioeconómica inicial en el servicio de urgencias, el requisito de documentación antes mencionado será presentado a la brevedad posible por el familiar, tutor o representante legal del paciente, al personal de la Unidad de Trabajo Social requirente.

3.9 La falta de presentación de la documentación requerida por la Unidad de Trabajo Social durante la entrevista no impedirá que el paciente reciba la atención médica correspondiente.

3.10 Una vez realizada la evaluación socioeconómica a través del estudio socioeconómico y asignado el nivel correspondiente, la Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Unidad de Trabajo Social, lo informará al paciente, sus familiares, tutor o representante legal. (Cumple con los estándar COP. 6)

3.11 La Subdirección de Atención al Usuario les dará a conocer la forma en que se mantendrá la confidencialidad de la información vertida durante la entrevista e informará que existe un aviso de privacidad integral del servicio de acuerdo a la Ley

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	1.PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA		Hoja: 5 de 127

General de Protección de Datos Personales en posesión de sujetos obligados. (Cumple con los estándares PFR. 1.2, MCI.2 Y MCI.3)

- 3.12 La Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Unidad de Trabajo Social, deberá identificar si el paciente o el familiar tienen alguna discapacidad física o mental, son adultos mayores o pertenecientes a una comunidad indígena, a efecto de que, en coordinación con el personal de salud del Hospital den prioridad a las acciones que favorezcan su atención. (Cumple con los estándares AOP. 1 Y AOP. 1.1)
- 3.13 La Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Unidad de Trabajo Social, quienes realicen la entrevista para la evaluación socioeconómica y en general quienes tengan trato directo con el paciente, familiar, tutor o representante legal, deberán proporcionar en todo momento un trato cordial, amable y empático, basado en el Código de Ética Institucional y Código de Ética de Trabajo Social, evitando toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas, a efecto de garantizar el respeto a los derechos humanos de las personas, así como a los preceptos señalados en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. (Cumple con los estándares PFR. 1.1)
- 3.14 Si el paciente acude de las Unidades Hospitalarias que conforman la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud, Hospitales federales de referencia, Hospitales Regionales de Alta Especialidad y unidades adscritas a los servicios de atención psiquiátrica, se respetará en el HRAEI el nivel socioeconómico que haya sido asignado por el área de Trabajo Social u homóloga de la Unidad Hospitalaria que origina la referencia, para lo cual deberá ser verificada por el personal de la Subdirección de Atención al Usuario cuando el paciente, su familia, tutor o representante presente la siguiente documentación: (Cumple con los estándares ACC. 1.3 Y MCI. 13)
- Hoja de referencia o contrarreferencia con el nivel socioeconómico y debidamente sellado por la unidad médica que refiere
 - Carnet de citas de la institución de referencia con registro del nivel socioeconómico asignado
- 3.15 De acuerdo a la evaluación socioeconómica, el nivel asignado al paciente (clasificación socioeconómica) tendrá vigencia de 2 años y transcurrido el tiempo, se procederá a la actualización de la evaluación socioeconómica el cual estará a cargo de la Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Unidad de Trabajo

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	1.PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA		Hoja: 6 de 127

Social del servicio de especialidad que en ese momento le esté proporcionando la atención médica.

3.16 Para modificar el nivel asignado mediante la evaluación socioeconómica antes de los 2 años reglamentarios (reclasificación), la Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Unidad de Trabajo Social deberá: (Cumple con los estándares COP. 3 Y COP. 3.1)

- Valorar su situación económica actual
- Solicitar al paciente los documentos soporte que prueben su nueva situación económica
- Realizar estudio médico social
- De ser posible realizar visita domiciliaria
- Presentar el caso a la responsable de la unidad de Trabajo Social quien considerará la viabilidad de la reclasificación, para que, en su caso, modifique en el expediente clínico electrónico la clasificación socioeconómica.

3.17 El Nivel Socioeconómico podrá ser modificado de conformidad con lo anterior en los siguientes casos y conforme a lo señalado en el Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación del 27 de mayo del 2013 (Cumple con los estándar COP.3)

- Cuando el paciente requiera insumos o tratamientos de alto costo
- Cuando el paciente requiera de largos periodos de estancia hospitalaria
- Cuando el paciente o el familiar de quien depende económicamente, pierda el empleo
- Cuando el paciente pierda a un miembro de su familia
- Cuando sobrevenga cualquier situación que deteriore la economía familiar del paciente o
- Cuando lo especifiquen las políticas de cada institución.

3.18 Cuando el resultado de la evaluación socioeconómica sea en nivel de exento; será necesaria la realización de visita domiciliaria (Estado de México y zona conurbada) y la elaboración del estudio médico social por parte la Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Unidad de Trabajo Social responsable del caso, información que deberá anexarse al expediente clínico electrónico en archivos adjuntos.

3.19 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Unidad de Trabajo Social, integrar de manera inmediata al expediente clínico electrónico en archivos adjuntos los documentos probatorios de la situación socioeconómica actual del paciente. (Cumple con los estándar MCI .16)

3.20 La Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de supervisión y del responsable de la Unidad de Trabajo Social, deberá verificar que se cumpla con la

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALCA</small>	Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	1.PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA		Hoja: 7 de 127

normatividad establecida vigente para el llenado del instrumento denominado “Estudio Socioeconómico” ya sea inicial, actualización o reclasificación.

- 3.21 La Subdirección de Atención al Usuario determinará las acciones a seguir en casos específicos que no se encuentran contemplados en el presente procedimiento, los cuales deberán estar apegados a la normativa, atribuciones y funciones de su competencia.

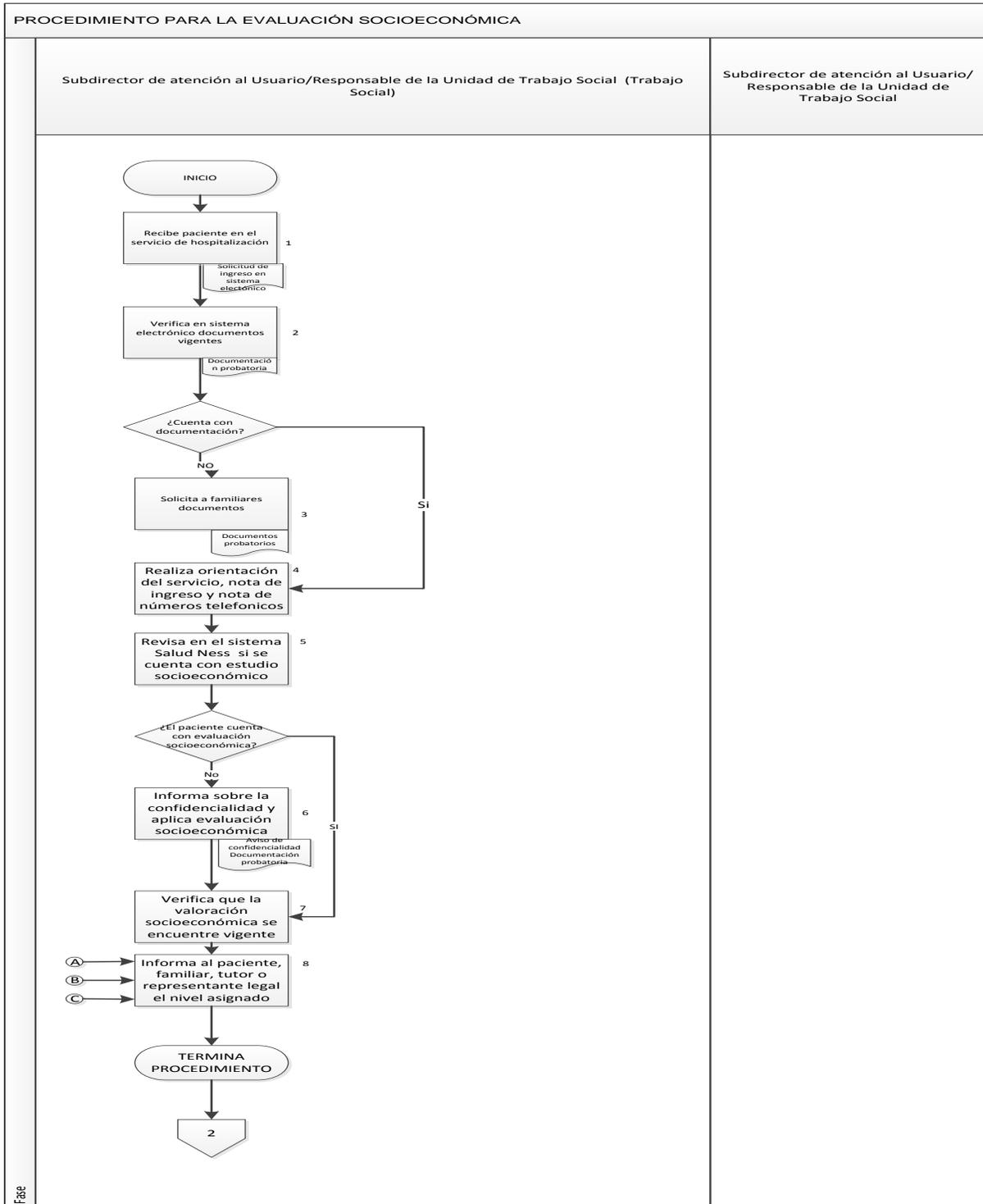
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirector de Atención al Usuario/Responsable de la Unidad de Trabajo Social (Trabajo Social)	1	Recibe paciente en el servicio de hospitalización de acuerdo a la política 3.1	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud de ingreso en sistema electrónico.
	2	<p>Verifica en sistema electrónico documentos vigentes del paciente de acuerdo a la política 3.5</p> <p>¿Cuenta con documentación completa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Documentación probatoria Nota en sistema electrónico
	3	NO: Solicita a familiar documentación completa	
	4	SI: Realiza orientación del servicio, nota de ingreso y números telefónicos y envía a familiar al área de kiosco para que se coloque dato seguro (derechohabiencia) de acuerdo a la política 3.5	
	5	<p>Revisa en sistema Salud Ness si se cuenta con evaluación socioeconómica.</p> <p>¿El paciente cuenta con evaluación socioeconómica?</p>	
	6	NO: Informa sobre la confidencialidad de datos, realiza entrevista inicial para la elaboración del estudio socioeconómico solicitando documentación probatoria, De acuerdo a la política 3.7	<ul style="list-style-type: none"> Documentación probatoria Aviso de confidencialidad de datos
	7	SI: Verifica que la valoración socioeconómica se encuentre vigente de acuerdo a la política 3.15	<ul style="list-style-type: none"> Sistema electrónico
	8	<p>Informa al paciente, familiar, tutor o representante legal el nivel asignado de acuerdo con la política 3.3</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nota en sistema electrónico

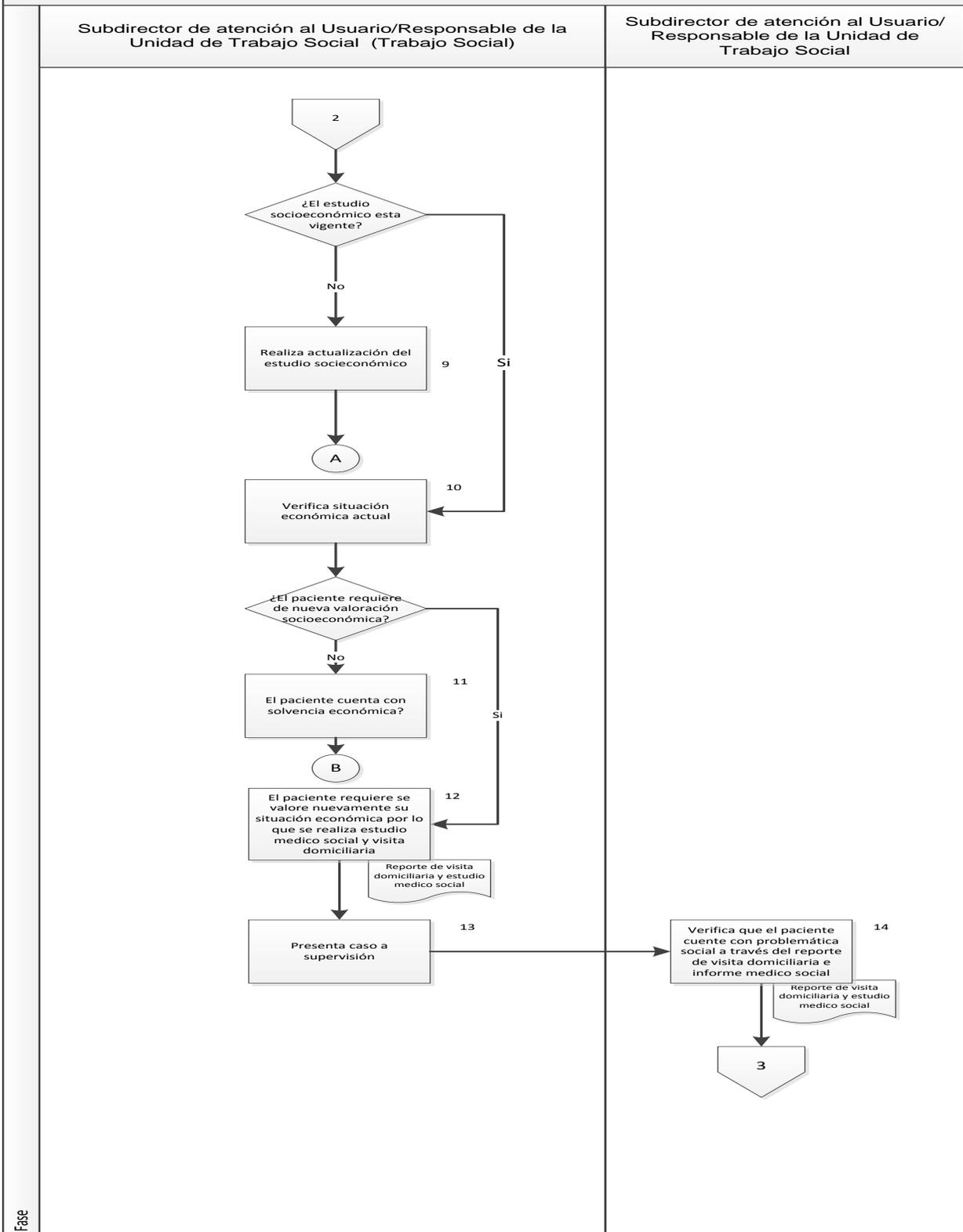
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
	9	¿El estudio socioeconómico está vigente? NO: Realiza actualización de estudio socioeconómico. Regresa al punto 8	
	10	SI: Verifica situación económica actual	
	11	¿El paciente requiere de nueva valoración socioeconómica? NO: El paciente cuenta con la solvencia económica para el seguimiento de su tratamiento. Regresa al punto 8.	
	12	SI: El paciente requiere se evalúe situación socioeconómica actual por lo que se realiza estudio medico social y visita domiciliaria de acuerdo a la política 3.16 y 3.17	<ul style="list-style-type: none"> Informe de visita domiciliaria Informe médico social
	13	Presenta caso al responsable de la unidad de trabajo social.	
Subdirector de Atención al Usuario/Responsable de la Unidad de Trabajo Social	14	Verifica que el paciente cuente con problemática social para la continuidad de tratamiento a través informe de visita domiciliaria y caso medico social	<ul style="list-style-type: none"> Informe de visita domiciliaria Informe médico social
	15	¿Acepta la reclasificación? NO: El paciente cuenta con solvencia económica. Regresa a la actividad 8	<ul style="list-style-type: none"> Nota en sistema electrónico
	16	SI: Solicita se realice el estudio social de reclasificación en sistema electrónico.	<ul style="list-style-type: none"> Nota en sistema electrónico
Subdirector de Atención al Usuario/Responsable de la Unidad de Trabajo Social (Trabajo Social)	17	Realiza estudio social de reclasificación en sistema electrónico.	

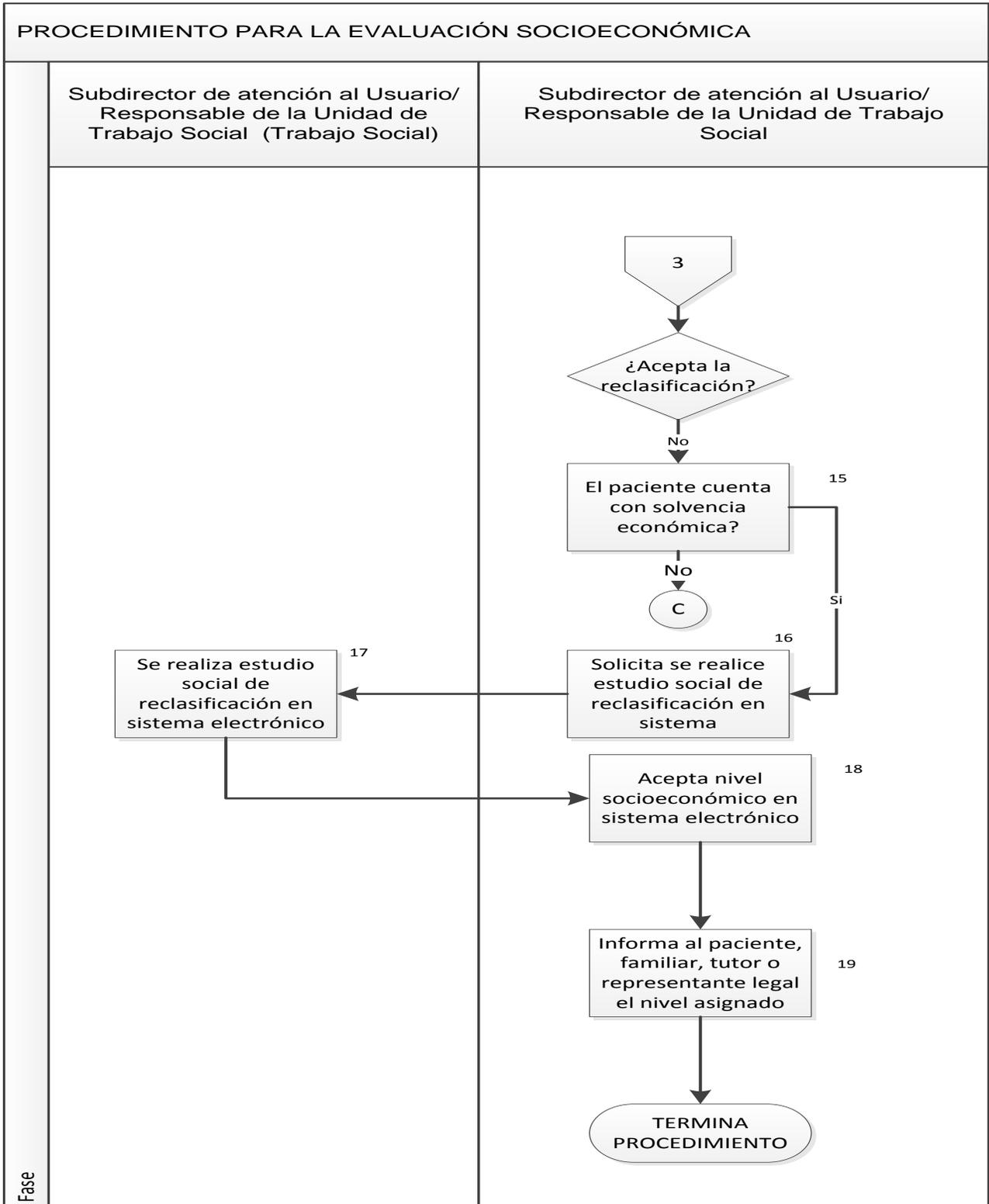
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirector de Atención al Usuario/Responsable de la Unidad de Trabajo Social	18	Acepta nivel socioeconómico en sistema electrónico.	• Nota en sistema electrónico
	19	Informa al paciente, familiar, tutor o representante legal el nivel asignado	
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	1.PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA		Hoja: 14 de 16

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

	Documentos	Código (cuando aplique)
6.1	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	No aplica
6.2	Ley General de Salud	No aplica
6.3	Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	No aplica
6.4	Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría. DOF 30 noviembre 2020	No aplica
6.5	Estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General 2018	No aplica

7. REGISTROS

	Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1	Sistema electrónico	N/A		No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	1.PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA		Hoja: 15 de 16

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **HRAEI u Hospital:** Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.
- 8.2 **Cuota de recuperación.** Cantidad que cubre el usuario al Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca por concepto de los servicios recibidos, se fundan en el principio de solidaridad social establecido en el art. 36 de la ley General de salud, es decir el Nivel de Clasificación para el pago de cuotas guardará relación con los ingresos de los usuarios reportados al trabajador social. Las cuotas se establecen en el Tabulador de Costos autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y cada Nivel de Clasificación Socioeconómica refleja un porcentaje de subsidio diferenciado.
- 8.3 **Entrevista:** Técnica para recabar y proporcionar información basada en el diálogo entre Trabajador Social y el paciente, familiares o responsables del paciente.
- 8.4 **Estudio social:** Instrumento de evaluación resultado de la aplicación de las técnicas de entrevista y observación, que presenta recopilada información sobre la situación social del paciente, su familia y su ambiente comunitario, se organiza en forma lógica y analítica que permite realizar un Diagnóstico Social y establecer un Plan de Atención Social.
- 8.5 **Expediente clínico:** Documento legal y confidencial, en el que se integran los datos necesarios para formular los diagnósticos, establecer el tratamiento médico y planificar los cuidados de enfermería. El buen manejo de la información incluido en el expediente le aporta protección legal al paciente, a los profesionales de la salud participantes en la atención y a la institución. Es útil también para apoyar los programas de enseñanza, así como estudios clínicos y estadísticos.
- 8.6 **Nivel de clasificación socioeconómica:** Es la calificación numérica, correspondiente a un puntaje, resultado de la suma de los indicadores del nivel socioeconómico de la familia del paciente, contenidos en el Estudio Social elaborado por el Trabajador Social. Los criterios para la asignación de Nivel en el HRAE Ixtapaluca están unificados con los que se acordaron entre las entidades que coordina la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
- 8.7 **Reclasificación socioeconómica:** Proceso para disminuir o aumentar el nivel socioeconómico de acuerdo con la situación social del usuario. Su propósito es proporcionar al paciente una nueva clasificación socioeconómica con base en un Estudio Social actualizado y la visita domiciliaria, que avalen su insolvencia para cubrir los costos del servicio médico proporcionado en la clasificación previamente asignada o bien que argumente sobre la mejora de la condición socioeconómica del paciente.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	1.PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA		Hoja: 16 de 16

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
Rev.-00	No aplica. Es de nueva creación	No aplica.
Rev.-01	Mayo/2023	Se llevo a cabo la actualización del procedimiento de acuerdo a: <ul style="list-style-type: none"> • Creación de políticas para dar cumplimiento a los estándares de calidad y las acciones esenciales de seguridad del paciente. • Cambio de denominación antes se llamaba: Cambio de denominación antes se llamaba: Procedimiento para la evaluación social y clasificación socioeconómica del paciente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Aviso de confidencialidad de datos

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	1.PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA		Hoja: 17 de 16

Anexo 10.1 Aviso de confidencialidad de datos



Dirección de Operaciones
Subdirección de Atención al Usuario
TRABAJO SOCIAL

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

El expediente clínico integrado en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapalapa está conformado con fundamento en lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NCM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico y contiene sus datos personales, por lo que serán tratados conforme a lo dispuesto en los artículos 23 y 68 fracciones I, II, IV y VI, último párrafo y 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 9, 16, 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en correlación con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; trigésimo octavo y Trigésimo noveno, Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y desclasificación de la Información, así como para la elaboración de versiones públicas.]

Así mismo se le informa que:

1. El acceso a sus datos personales se sujetará a lo dispuesto en la normatividad en materia de protección de datos personales
2. Su derecho de acceso a sus datos personales lo puede ejercer en el módulo de la Unidad de Transparencia

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 49 de la Ley General de ~~Protección de~~ Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados tratándose de datos personales de personas fallecidas y menores de edad o de personas que se encuentren en estado de interdicción o incapacidad, podrá ejercer este derecho:

3. ~~Las~~ personas que acredite tener un interés jurídico, siempre que el titular de los derechos hubiere expresado fehacientemente su voluntad en tal sentido o que exista un mandato judicial para dicho efecto.
4. ~~En~~ menores de edad o de personas que se encuentren en estado de interdicción o incapacidad, de conformidad con las leyes civiles se estará a las reglas de representación dispuestas en la misma legislación.

En razón de lo anterior de manera totalmente respetuosa se le solicita Indique si en el caso de que se dé alguno de los supuestos que dispone el artículo 48 de la Ley de la Materia, manifieste ¿A quién le otorga el derecho de acceso a sus datos personales?

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Nombre y Firma del titular
de los datos personales

Nombre y parentesco de la persona a quien el titular
de los datos personales le autoriza el acceso

En caso de imposibilidad del paciente para firmar, podrá hacerlo el familiar o representante legal.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTO	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALCA</small>	Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y TRASLADO		Hoja: 18 de 127

2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y TRASLADO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTO		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y TRASLADO		Hoja: 19 de 127

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer las normas, lineamientos y el procedimiento para llevar a cabo el enlace del proceso de referencia, contrarreferencia y traslado de pacientes del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca (HRAEI) u Hospital, mediante acciones de comunicación y gestión con otras instituciones de salud de acuerdo al nivel de atención médica - hospitalaria con el objeto de brindar una atención oportuna y adecuada al paciente.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno aplica: Al personal de la Subdirección de Atención al Usuario que será el enlace con la Dirección Médica y al personal Médico que determine la admisión de pacientes a los servicios de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa.
- 2.2 A nivel externo aplica: A las instituciones de salud públicas y privadas dedicadas a la atención médica de 2° y 3er nivel que refieran pacientes al HRAEI.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

La Referencia y Contrarreferencia de pacientes es un procedimiento administrativo de coordinación, que se basa en el apego a los lineamientos de regulación de los servicios de salud emitidos por la Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario de la Secretaría de Salud relacionados con los pacientes de población abierta.

Por acuerdo del Consejo Nacional de Salud, se establece que se debe otorgar atención médica, adecuada a la capacidad resolutive del Hospital Regional y aplicar una POLÍTICA DE CERO RECHAZO en todos los casos de urgencia médica y/o quirúrgica calificada por causa de enfermedad o evento obstétrico, a todas las personas que ingresen de manera espontánea o referida para su atención, hasta su tratamiento o estabilización para proceder a su traslado ordenado o alta según corresponda, considerando que en casos de urgencia calificada la atención deberá ser inmediata y, en los casos no urgentes la atención dependerá de la capacidad instalada y resolutive de la unidad.(cumple con el estándar ACC4 del Consejo de Salubridad General).

- 3.1 La Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Unidad de Trabajo Social y del personal de la Coordinación de Auxiliares de Admisión llevarán a cabo acciones de enlace que faciliten al área médica, la referencia, contrarreferencia y traslado de pacientes.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTO		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y TRASLADO		Hoja: 20 de 127

3.2 El personal de las Subdirecciones de Atención al Usuario, Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos llevarán a cabo la admisión y traslado, mediante las siguientes vías:

- Por propios medios
- Ambulancia aérea o terrestres

3.3 La Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Coordinación de Auxiliares de Admisión realizarán el enlace al proceso de referencia mediante el uso de los siguientes instrumentos de trabajo:

- Directorio de Unidades con Cartera de Servicios.
- Formato del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) denominado Hoja de Referencia y Contrarreferencia
- Plataforma del Sistema de Referencia y Contrarreferencia Hospitalaria (SIRECH)
- Voceo

3.4 La Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Coordinación de Auxiliares de Admisión verificarán que la hoja de referencia impresa que presentan los usuarios cuente con los siguientes datos correctos:

- Documento con fecha de expedición
- Nombre legible correcto y completo del paciente
- Nombre correcto y completo de la unidad que refiere
- Nombre correcto y completo de la unidad a la que se refiere
- Servicio al que se envía
- Nombre y firma del responsable de la Unidad (No facsímil)
- Nombre y firma del médico que refiere (No facsímil)
- Sello institucional original y legible de la unidad médica que lo envía
- Documento legible, sin tachaduras ni enmendaduras.

3.5 El personal de las Subdirecciones de Atención al Usuario, Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos verificarán con número de folio el estatus de la referencia en la plataforma (SIRECH) para su seguimiento.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTO		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y TRASLADO		Hoja: 21 de 127

3.6 La Subdirección de Atención al Usuario en coordinación con la Dirección Médica verificarán que las referencias que se reciban y se emitan se apeguen a los criterios para la regionalización de acuerdo al “Manual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes de población abierta de la Ciudad de México y área conurbada acordado en el Comité de Referencia y Contrarreferencia Pediátrica del Distrito Federal y Área Conurbada del Estado” de conformidad con los siguientes criterios:

- Ubicación geográfica de la unidad médica.
- Tendencia y flujo natural de desplazamiento (red carretera y flujo comercial).
- Capacidad instalada de la unidad médica (equipamiento médico y recursos humanos).

3.7 La Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Coordinación de Auxiliares de Admisión llevará a cabo el enlace con la Dirección Médica para aquellos pacientes cuyo hospital de referencia haya solicitado recibir atención hospitalaria o ambulatoria siempre y cuando la complejidad de su padecimiento y el nivel resolutivo corresponda a los servicios y alcances del hospital, sin embargo, recibirá atención inicial siempre que solicite atención de urgencias.

3.8 La Subdirección de Atención al Usuario será la responsable de mantener las líneas de comunicación adecuadas y de fácil acceso a los usuarios, para facilitar la atención y la información que se brinda sobre los servicios hospitalarios y de atención médica existentes.

3.9 El personal de la Subdirección de Atención al Usuario, Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos, utilizarán instrumentos de comunicación oficiales internos entre los diferentes turnos, entre áreas y entre todos los profesionales de la salud, fomentando la coordinación, la adecuada comunicación de información, la continuidad de la atención, la seguridad del paciente y la calidad de los servicios.

3.10 La Subdirección de Atención al Usuario con base en la determinación proporcionada por la Subdirección de Servicios Clínicos y la Subdirección de Servicios Quirúrgicos, llevarán a cabo la gestión para la admisión, el ingreso, hospitalización y egreso del paciente. Cabe señalar que, para los casos de pacientes hospitalizados, la Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Coordinación de Auxiliares de Admisión será el enlace para llevar a cabo la gestión de referencia o contrarreferencia si fuera el caso.

3.11 La Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Coordinación de Auxiliares de Admisión registrará y aperturará expediente clínico electrónico con la documentación soporte siguiente:

- Hoja de referencia
- Identificación oficial (INE o Constancia de Identidad vigentes)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTO		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y TRASLADO		Hoja: 22 de 127

- CURP

Para menores de edad

- Identificación oficial de madre, padre o tutor (INE o Constancia de Identidad vigentes)
- 3.12 De conformidad con lo señalado en “El acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómicos de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y las entidades coordinadas por dicha secretaría, publicado el 27 de mayo de 2013”: en su artículo sexto que señala, “Tratándose de referencia de los pacientes, entre los diferentes Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Regionales de Alta Especialidad y unidades adscritas a los Servicios de Atención Psiquiátrica, se respetará el Nivel Socioeconómico que haya sido asignado por el Departamento de Trabajo Social de la Institución que origina la referencia”, para lo cual deberá presentar el paciente, su familiar, tutor o representante a la Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Unidad de Trabajo Social o el personal de la Coordinación de Auxiliares de Admisión, la siguiente documentación:
- Hoja de Referencia con el Nivel Socioeconómico debidamente sellado de la unidad médica que refiere y
 - Carnet de citas de la institución de procedencia con registro del Nivel Socioeconómico asignado.
- 3.13 De conformidad con las Políticas de Servicios Médicos y Hospitalarios del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca si el paciente cuenta con seguridad social, el personal de la Subdirección de Administración y Finanzas, le asignará cuota de recuperación inicial en nivel 2 del tabulador de cuotas de recuperación autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y en el caso de que requieran del servicio de hospitalización en el HRAEI quedarán sujetos a su capacidad de pago para cubrir la cuota de recuperación, a través de la realización del estudio socioeconómico que deberá realizar la Subdirección de Atención al Usuario, a través del personal de la Unidad de Trabajo Social.
- 3.14 Para los casos que se requiera referir a los pacientes, la Subdirección de Atención al Usuario brindará el apoyo que le sea solicitado por el personal médico de las Subdirecciones de Servicios Clínicos y Quirúrgicos para identificar la unidad de salud con la especialidad en el nivel requerido.
- 3.15 La Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Coordinación de Auxiliares de Admisión será el encargado de informar al personal de la Unidad de Trabajo Social sobre la aceptación del paciente en la unidad hospitalaria de lunes a viernes (en un horario de 7:00 a 17:00hrs). Para los casos de referencia de paciente en los turnos nocturnos y jornada especial diurna el encargado de realizar esta gestión, será el personal de la Unidad de Trabajo Social del Servicio de Urgencias.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTO	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALCA</small>	Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		Hoja: 23 de 127
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y TRASLADO			

3.16 Será responsabilidad de la Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Unidad de Trabajo Social, gestionar el servicio de ambulancia para el traslado del paciente a otras unidades hospitalarias cuando la referencia haya sido aceptada.

3.17 Para los casos médicos legales la Subdirección de Atención al Usuario a través del personal de la Unidad de Trabajo Social brindará orientación necesaria al familiar para que acuda y concluya el trámite de egreso con las instituciones de justicia correspondientes.

	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO
	2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y TRASLADO

Hoja: 24 de 21

4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirector de Atención al Usuario (Responsable de la Coordinación de Auxiliares de Admisión/Auxiliar de Admisión)	1	Referencias Presenciales Recibe al usuario (de conformidad con la política 3.2 y 3.6 según corresponda) que acude a realizar el trámite con hoja de referencia para atención médica, y verifica que cumpla con los requisitos de acuerdo con la política 3.4	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Referencia.
	2	¿La Hoja de referencia cumple con los requisitos? NO: Brinda información al usuario de requisitos que debe presentar y/o que no se encuentre la especialidad solicitada. Termina Procedimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Referencia. • INE • CURP • Carnet
	3	SI: Recibe documentos probatorios para apertura de expediente clínico electrónico (de conformidad con la política 3.11), si cuenta con expediente clínico, de ser necesario, actualiza números telefónicos y dirección.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Referencia. • INE • CURP • Carnet
	4	Entrega carnet al usuario con hoja de referencia original o con folio de referencia y orienta al usuario para continuar con el trámite de preconsulta. (enlaza con procesos de consulta externa y kiosco).	<ul style="list-style-type: none"> • Carnet
	5	Registra en Salud Ness datos de la hoja de referencia en expediente clínico electrónico del paciente y se adjuntan documentos probatorios.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro en
	6	Entrega al archivo clínico los documentos en físico para integrar a expediente clínico. (concluye la etapa de este procedimiento)	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Referencia. • INE • CURP

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirector de Atención al Usuario (responsable de la Coordinación de Auxiliares de Admisión/Auxiliar de Admisión)	7	Traslados Recibe solicitud de valoración de paciente por parte del hospital solicitante (por medio de llamada telefónica, correo institucional o plataforma SIRECH) para presentar caso de paciente referenciado de conformidad con la política 3.2 y 3.6 según corresponda, y se registra en control interno.	<ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de solicitudes de referencia
	8	Recibe información por medio de correo institucional o plataforma SIRECH, la descarga, y envía al área médica, para evaluación de caso de conformidad con las políticas 3.6 y 3.7	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia • Estudios de gabinete
	9	Recibe respuesta del área médica, sobre la valoración del paciente, verifica si es aceptado o no y registra en control interno. ¿El paciente es aceptado?	<ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de solicitudes de referencias
	10	NO: Da respuesta de no aceptación, vía correo electrónico al hospital solicitante, de acuerdo a la información brindada por el área médica. TERMINA	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta por correo electrónico
	11	SI: Envía respuesta de aceptación, al hospital solicitante mediante correo electrónico institucional o plataforma SIRECH, con indicaciones del área médica.	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta e indicaciones por correo electrónico
	12	Informa a las áreas involucradas, la programación de recepción de pacientes aceptados, según la bitácora y verifica si el paciente cuenta con expediente clínico electrónico. NOTA: En caso de código aéreo se aplica política 3.3 (voceo a cargo del personal de la Subdirección de Conservación, Mantenimiento y Servicios Generales)	<ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de solicitudes de referencia • Hoja de referencia • INE • CURP

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
	13	<p>¿El paciente cuenta con expediente clínico electrónico?</p> <p>NO: Genera expediente clínico electrónico y se adjunta al expediente clínico documento de registro, (de conformidad con la política 3.11).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro en expediente clínico electrónico • Registro en expediente clínico
	14	<p>SI: Verifica datos del paciente, y si es necesario, se actualizan números telefónicos y dirección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de solicitudes de referencia
	15	<p>Genera nueva atención en triage.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia
	16	<p>Registra en Salud Ness datos de la hoja de referencia en expediente clínico electrónico del paciente y se adjuntan documentos probatorios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • INE • CURP
	17	<p>Registra seguimiento del paciente en bitácora de referencias.</p>	
	18	<p>Entrega al archivo clínico los documentos en físico para integrar a expediente clínico . (concluye la etapa de este procedimiento).</p>	
<p>Subdirector de Servicios Clínicos o subdirector de Servicios Quirúrgicos (área médica).</p>	19	<p>Gestión de Referencias</p> <p>Elabora hoja de referencia o contrarreferencia, según corresponda, del paciente hospitalizado en el HRAEI.</p> <p>NOTA: En caso de recibir respuesta de no contar con los servicios solicitados o de no aceptación del paciente en la institución señalada, el medico determinará si genera una nueva solicitud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia • Hoja de contrarreferencia
	20	<p>Notifica a la Coordinación de Auxiliares de Admisión/Auxiliar de Admisión, de la Subdirección de Atención al Usuario, sobre la necesidad de traslado de paciente.</p>	

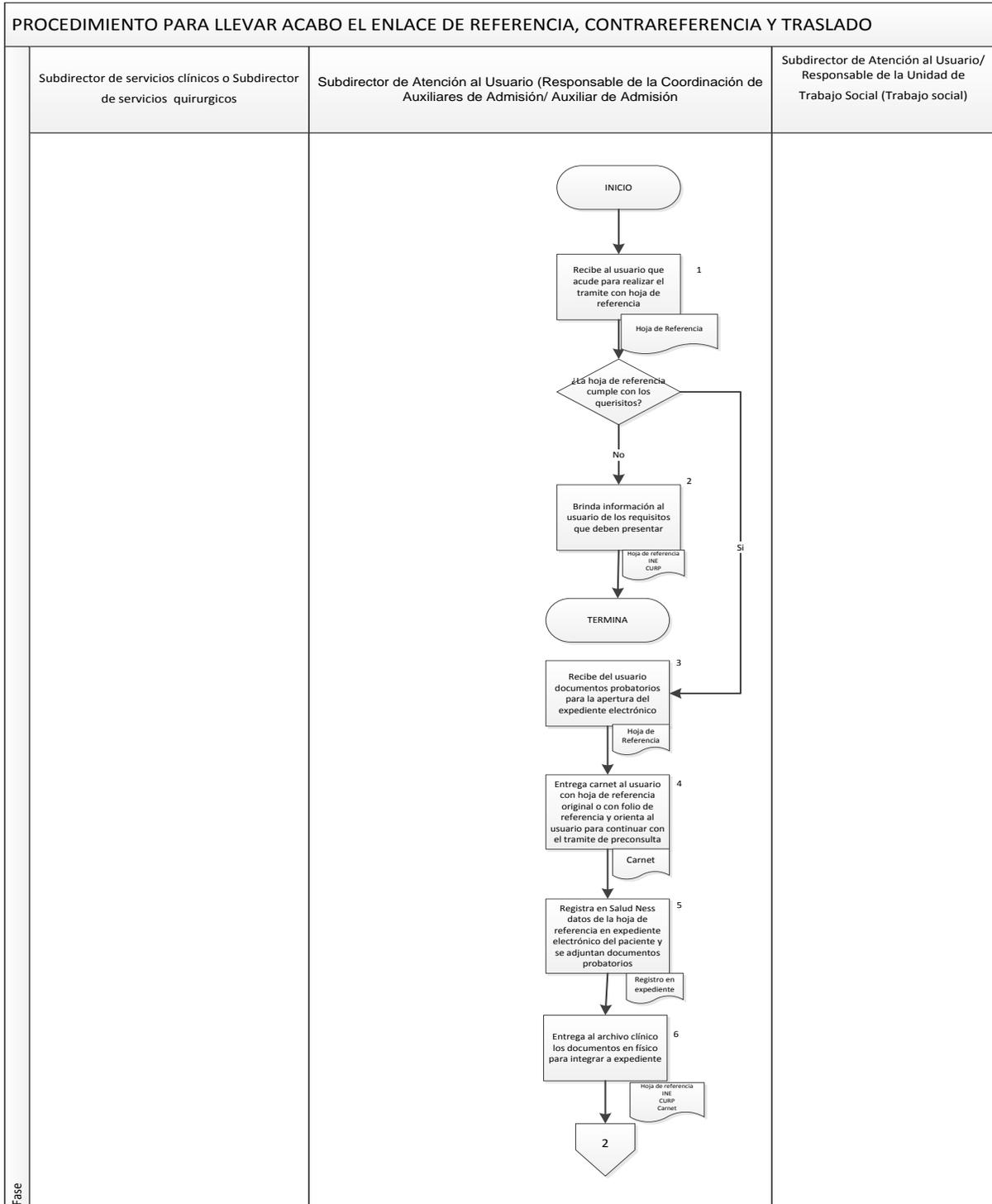
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
<p>Subdirector de Atención al Usuario (responsable de la Coordinación de Auxiliares de Admisión/Auxiliar de Admisión)</p>	21	<p>Recibe hoja de referencia o contrarreferencia, impresa por parte del área médica.</p>	
	22	<p>Realiza enlace con la institución médica correspondiente a lo señalado en la hoja de referencia o contrarreferencia, de conformidad a la política 3.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia • Hoja de contrarreferencia
		<p>¿La institución cuenta con el servicio solicitado?</p>	
	23	<p>NO: Notifica al área médica que la institución médica señalada no cuenta el servicio solicitado. Regresa a la actividad 19.</p>	
	24	<p>SI: Notifica al área médica que el hospital receptor si cuenta con los servicios y le solicita estudios complementarios.</p>	
	25	<p>Recibe del área médica, (de manera electrónica), estudios complementarios, solicitados por el hospital receptor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios complementarios
	26	<p>Envía a la institución de referencia, mediante correo electrónico institucional o plataforma SIRECH, la hoja de referencia o contrarreferencia, así como los estudios complementarios solicitados. Está en espera de respuesta del hospital receptor.</p> <p>¿La institución acepto la recepción del paciente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia • Hoja de contrarreferencia • Estudios complementarios
	27	<p>NO: Notifica al área médica que la institución señalada no acepto al paciente. Regresa a la actividad 19.</p> <p>SI: Notifica al área médica la aceptación del paciente y a Trabajo Social para seguimiento.</p>	

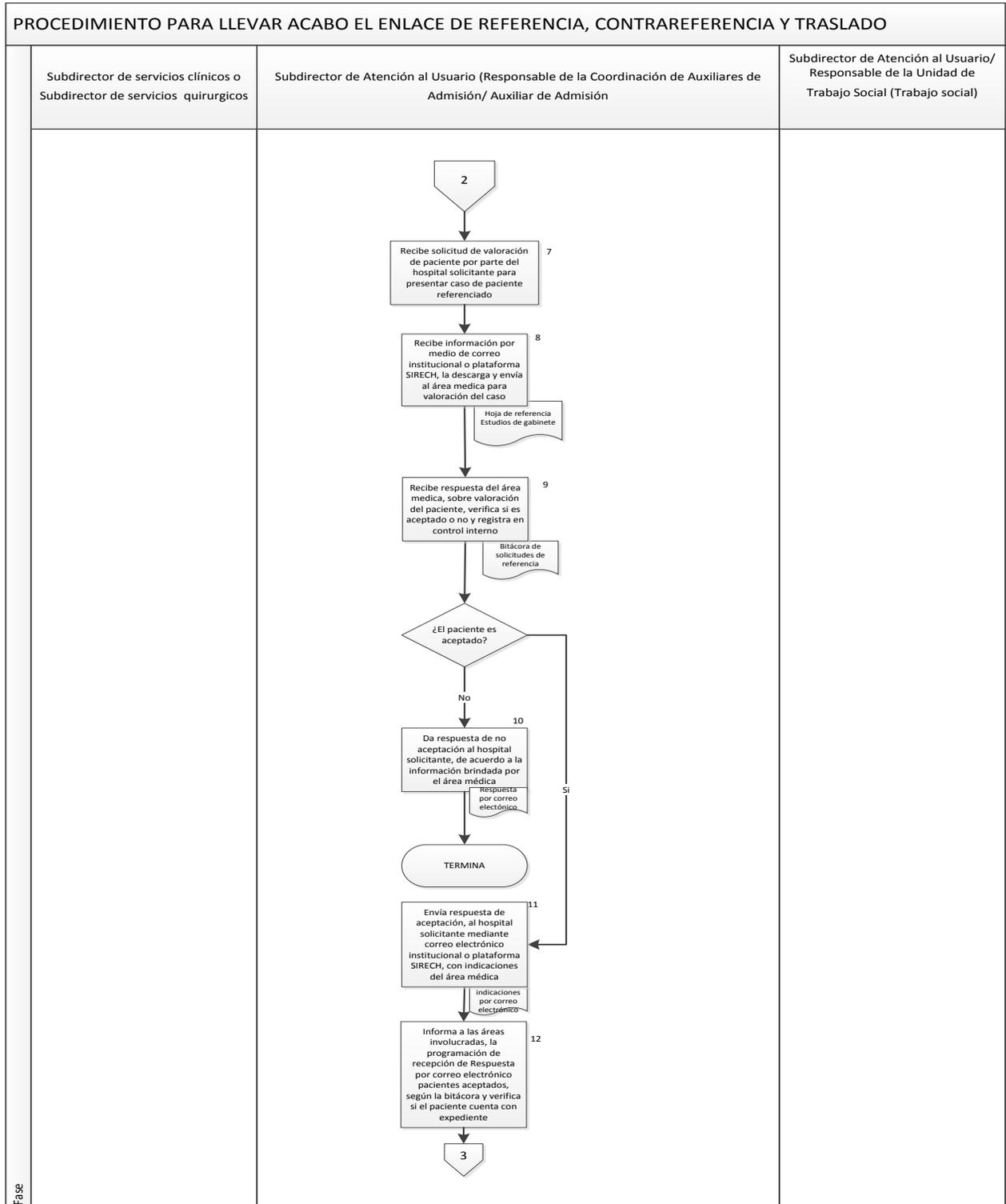
	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO
	2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y TRASLADO

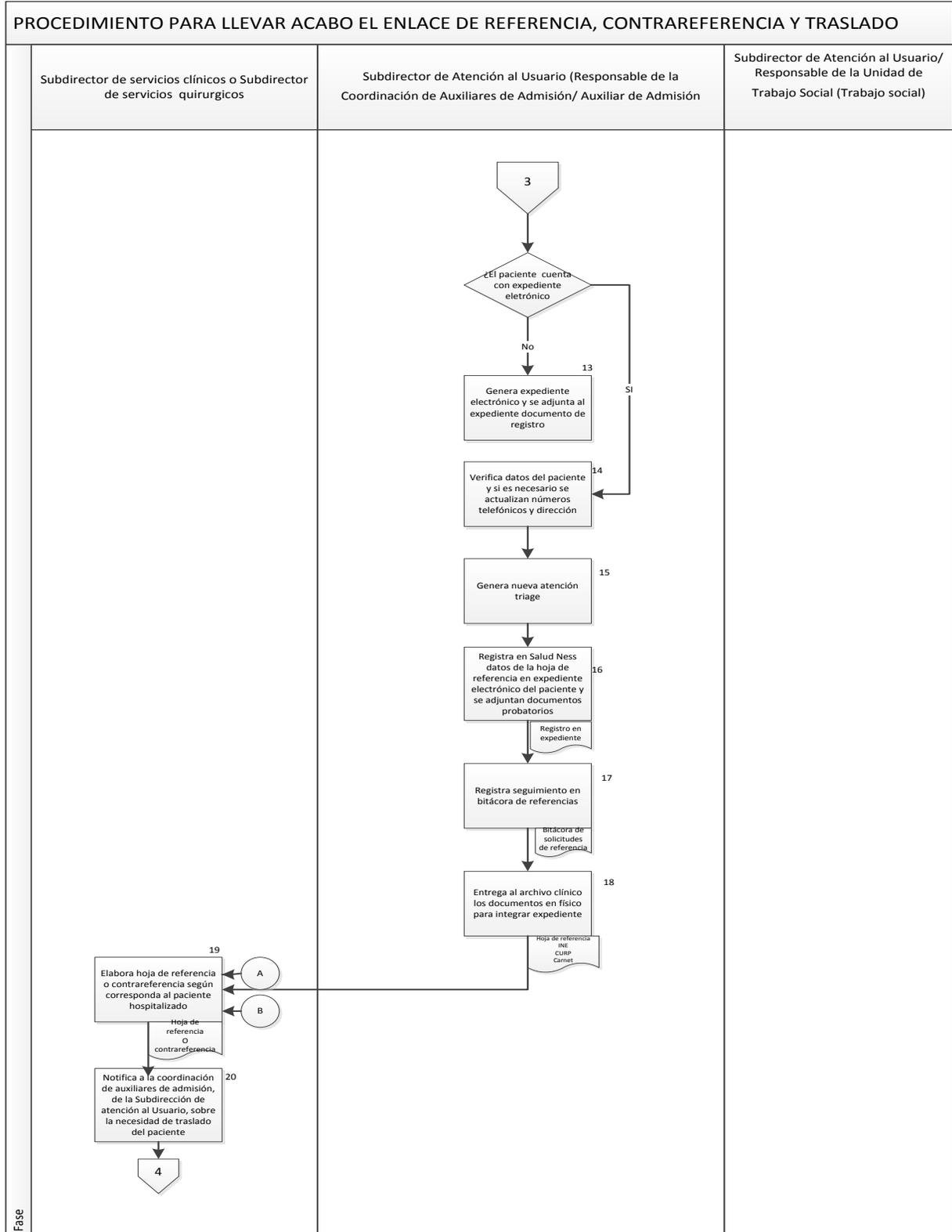
Hoja: 28 de 21

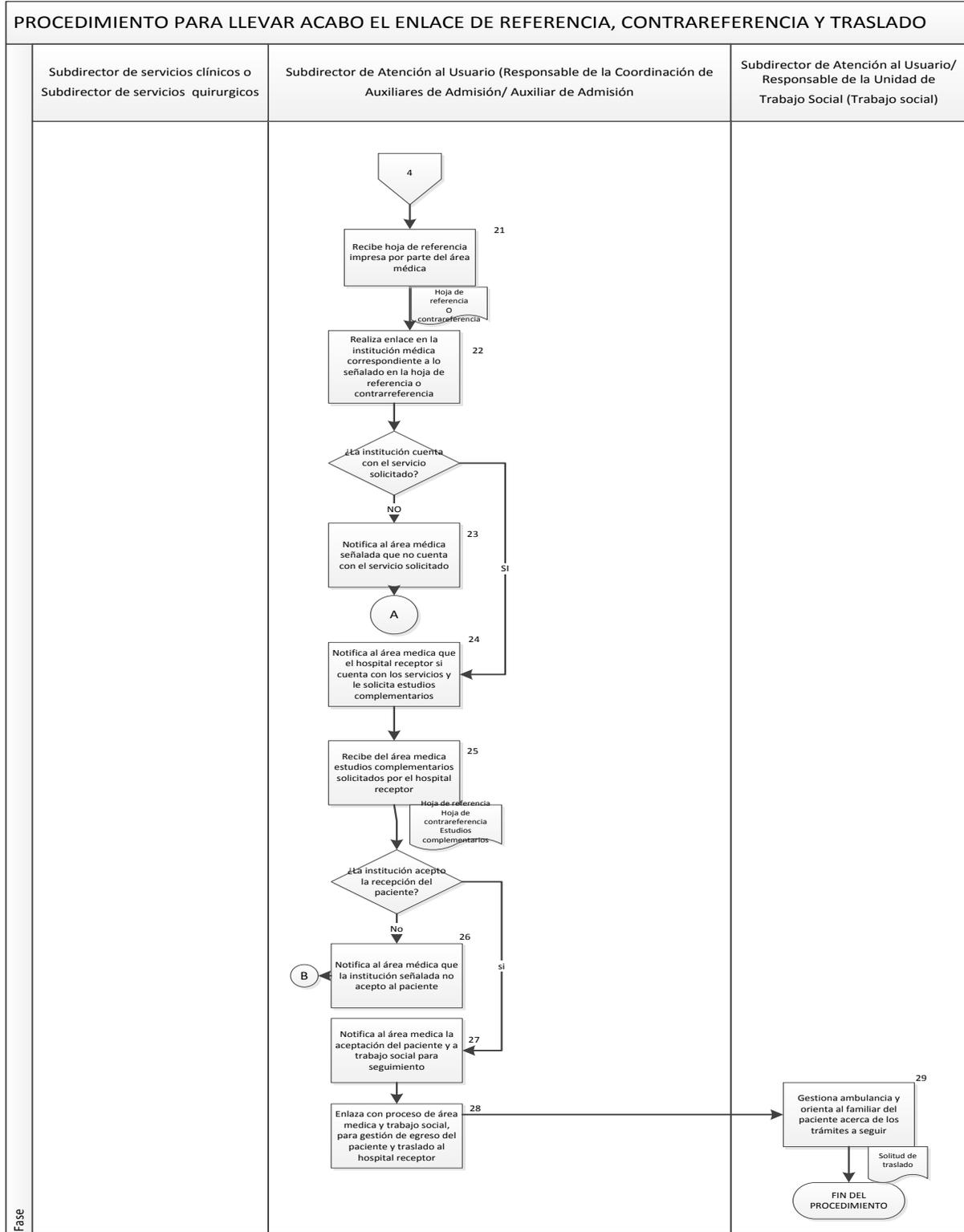
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
	29	Enlaza con procesos del área médica y trabajo social, para gestión del egreso del paciente y traslado al hospital receptor.	
Subdirectora de Atención al Usuario (Trabajo Social).	30	Gestiona ambulancia y orienta al familiar del paciente, acerca de los trámites a seguir (egreso del paciente). TERMINA	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de traslado

5 DIAGRAMA DE FLUJO









	MANUAL DE PROCEDIMIENTO		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y TRASLADO		Hoja: 33 de 127

6 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	No aplica
6.2 Ley General de Salud y sus Reglamentos Vigentes	No aplica
6.3 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	No aplica
6.4 Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría.	No aplica
6.5 Lineamientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes pediátricos de población abierta de la ciudad de México y área conurbada del estado de México.	No aplica

7 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1 Sistema Salud Ness y Plataforma SIRECH	5 años	Subdirección de Atención al Usuario	No aplica
7.2 Informe Mensual	5 años		No aplica
7.3 Hoja de Referencia y Contrarreferencia.	5 años		No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTO		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y TRASLADO		Hoja: 34 de 127

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **HRAEI:** Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
- 8.2 **CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:** Es el proceso de evaluación que realiza el profesional de Trabajo Social sobre la situación del paciente y su familia, para ello utiliza un instrumento denominado Estudio Socioeconómico conformado por variables socioeconómicas, publicado por la Secretaría de Salud en el Diario Oficial el 27-05-2013, para ser aplicado de acuerdo a los tabuladores de costos autorizados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 8.3 **COORDINACIÓN:** Es el proceso de integración de acciones administrativas de una o varias instituciones, órganos o personas, que tienen como finalidad obtener la unidad de acción necesaria para contribuir al mejor logro de los objetivos, así como armonizar la actuación de las partes en tiempo, espacio, utilización de recursos y producción de servicios para lograr conjuntamente las metas preestablecidas.
- 8.4 **DIRECTORIO:** Listado de Instituciones de salud, públicas, de seguridad social, privadas y de Emergencia con su Cartera de Servicios que además incluye servicios de ambulancias, Presidencias y DIF municipales.
- 8.5 **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES:** Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención médica para facilitar el envío- recepción- regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
- 8.6 **REGIONALIZACIÓN:** Conformación de áreas geo demográficas delimitadas, con el fin de planificar la prestación de los servicios, hacer uso óptimo de los recursos y responder así a las necesidades de atención a la salud particulares de la región.
- 8.7 **SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN:** Conjunto de unidades hospitalarias con servicios de atención ambulatoria e internamiento para pacientes que requieren ser atendidos por especialistas en medicina familiar, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna, que cuentan con recursos de diagnóstico y tratamiento más complejos que el primer nivel de atención. Para la atención pediátrica se incluyen los hospitales, pediátricos y materno-infantiles que carecen de subespecialistas en todas sus ramas.
- 8.8 **SERVICIO SOLICITADO:** Se refiere a la especialidad o área del Hospital al que el paciente es referido para la resolución de determinada necesidad.
- 8.9 **SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES (SIRECH):** Flujo organizado de envío y traslado de pacientes entre los tres niveles de atención médica, para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, va más allá de los límites regionales y de los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTO	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALCA</small>	Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y TRASLADO		Hoja: 35 de 127

- 8.10 **TERCER NIVEL DE ATENCIÓN:** Conjunto de unidades que tienen como funciones la investigación, la docencia y la asistencia; ofrecen servicios por especialistas y subespecialistas médicos que trabajan en equipos interdisciplinarios, utilizando tecnología de vanguardia.
- 8.11 **TRASLADO:** Referencia de un paciente de una unidad médica a otra apoyada de Transporte generalmente una ambulancia, previo acuerdo entre las unidades emisora y receptora.
- 8.12 **UNIDAD EMISORA:** Se refiere a la Unidad Hospitalaria que remite al Hospital de Apoyo pacientes con necesidades específicas, que, de manera temporal o definitiva, no se encuentra en posibilidad de satisfacer.
- 8.13 **UNIDAD RECEPTORA:** Se refiere a la Unidad Hospitalaria que dispone de la capacidad resolutive de la cual carece el Hospital Solicitante y brinda atención para la resolución de determinada necesidad del paciente.
- 8.14 **URGENCIAS.** - Se refiere al servicio donde se atienden enfermos o heridos graves que necesitan cuidados médicos urgentes.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTO		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y TRASLADO		Hoja: 36 de 127

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
Rev.-00	No aplica. Es de nueva creación	No aplica.
Rev.-01	Mayo/2023	<p>Se llevo a cabo la actualización del procedimiento de acuerdo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación de políticas para dar cumplimiento a los estándares de calidad y las acciones esenciales de seguridad del paciente. • Cambio de denominación antes se llamaba: Procedimiento para la Referencia, Contrarreferencia y Traslado de Paciente

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de referencia

10.2 Hoja de referencia SIRECH

	MANUAL DE PROCEDIMIENTO		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y TRASLADO		Hoja: 37 de 127

ANEXO 10.1 Hoja de referencia

Fecha de elaboración: Vigencia no mayor a 30 días Indicar : **Pediátrico** ___ **Adulto** ___

No. de control: _____ URGENCIA SI ___ NO ___

II

NOMBRE (S) **NOMBRE COMPLETO, IGUAL QUE EN ACTA DE NACIMIENTO O CURP**
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

NUMERO DE EXPEDIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

III

UNIDAD QUE REFIERE **NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD**

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE **Nombre completo y correcto del Hospital Receptor**
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA

DOMICILIO **CARRETERA FED. MEXICO-PUEBLA KM 34.5 PUEBLO DE ZOQUIAPAN, MUNICIPIO DE**
 IXTAPALUCA CALLE _____ NUMERO _____ COLONIA _____

SERVICIO AL QUE SE ENVIA **NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD**
Si es pediátrica, indicar DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

V

MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO): T.A. _____ TEMP. _____ F.R. _____
 F.C. _____ PESO _____ TALLA _____

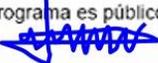
RESUMEN CLÍNICO

IMPRESION DIAGNOSTICA: **DIAGNÓSTICO MÉDICO**

SELLO

debe ser visible
y no obstruir datos

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa."


DRA. LAURA FLORES LARA
 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD


DR. EMIR PAVON MATA
 NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTO		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
2. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ENLACE DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y TRASLADO			Hoja: 38 de 127

ANEXO 10.2 Hoja de referencia SIRECH

	SECRETARIA DE SALUD SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	FOLIO: 2497030 TIPO: ADULTO
FECHA <u>29/05/2023</u>	NO. POLIZA <u>08</u>	CLASIFICACIÓN SOCIOECONOMICA <u>No Aplica</u>
PACIENTE ACTUALMENTE HOSPITALIZADO <u>No</u>	CURP <u>RELA663117HOCYPN05</u>	URGENCIA <u>SI</u>
II		
NOMBRE (S) <u>REYES</u>	<u>LÓPEZ</u>	<u>ANTONIO</u>
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE <u>DIANA YAZMIN REYES GARCÍA</u>		PARENTESCO <u>HIJA</u>
TELEFONO DE CONTACTO <u>5514452230</u>	FECHA DE NACIMIENTO <u>1966-01-17</u>	EDAD: <u>57</u> SEXO <u>MASCULINO</u>
III		
UNIDAD QUE REFIERE: <p style="text-align: center;">MCCRO006180 CRUZ ROJA DITAPALUCA PRIMER NIVEL</p>		
IV		
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: MCSSA018786 HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DITAPALUCA Calle: CARRETERA FEDERAL MÉXICO-PUEBLA KM. 34.5, PUEBLO DE ZOQUIAPAN Numero: . Colonia: . Municipio: DITAPALUCA Código Postal: 56530 Nivel: TERCER NIVEL AMECAMECA		
SERVICIO AL QUE SE ENVIA <u>ONCOLOGÍA</u>		
NOMBRE DEL MEDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA <u>DR ROMERO</u>		
V		
MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO) T.A. <u>140/90</u> TEMP <u>36.5</u> FR <u>12</u> F.C <u>79</u> PESO <u>91</u> Kg <u>200</u> Gramos TALLA <u>169</u> CM ESCALA DE GLASGOW <u>15</u> SILVERMAN <u>No Aplica</u> LLENADO CAPILAR <u>2</u>		
PADECIMIENTO ACTUAL: INICIA HACE 2 AÑOS CON PRESENCIA DE UN		
EVOLUCION: ACTUALMENTE A LA EXPLORACIÓN FÍSICA NEUROLÓGICAMENTE INTEGRAL, CRÁNEO NORMOCÉFALO CON PRESENCIA DE LESIÓN EN CUERO CABELLUDO-PIPIRAB-ESCORICAS NROMORREFLECTICAS. CUELLO CLÁSICO SIN PRESENCIA DE ADENOMEGALIAS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN ALTERACIONES, EXTREMIDADES INTEGRAS, SENSIBLES, CON ADECUADO LLENADO CAPILAR.		
ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE: BIOPSIA DE PILE DE CUERO CABELLUDO 23 MAYO 2021: CARCINOMA BASOESCARCINO. TAMAÑO 0.5 CM DE EJE MAYOR. MARGENES DE RESECCIÓN LATERALES Y PROFUNDO. TODOS POSITIVOS A LESIÓN.		
IMPRESION DIAGNOSTICA: CARCINOMA BASOESCARCINOSO		
CIE-10 1er DIAGNOSTICO: D644 - CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL DEL CUERO CABELLUDO Y CUELLO		
CIE-10 2do DIAGNOSTICO:		
Cadena de Autenticidad 99c54a44b1bcaba7d916b325b665f10607523ec82951e0eae0e36b4237e14c8c9a03f827d3b1877c4e06962f12670ee48faa65713c9dbae425ccea9708f8		
		 

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</small>	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES. SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CORREOS INSTITUCIONALES DEL HRAEI.		Hoja: 39 de 127

3. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CORREOS INSTITUCIONALES DEL HRAEI

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES. SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CORREOS INSTITUCIONALES DEL HRAEI.		Hoja: 40 de 127

1. PROPÓSITO.

- 1.1 Contar con las políticas y el procedimiento para establecer los lineamientos de la administración de los correos institucionales del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI).

2. ALCANCE.

- 2.1 A nivel interno aplica: A la Subdirección de Tecnologías de la Información, que será la instancia encargada de la administración de los correos institucionales.
- 2.2 A nivel externo aplica: No aplica.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La Dirección General evaluará las líneas estratégicas de comunicación y autorizará que se difundan a todas las direcciones de área.
- 3.2 La Dirección de Operaciones difundirá los lineamientos para la administración de correos institucionales.
- 3.3 La Subdirección de Tecnologías de la información generará la emisión de los lineamientos para la administración de los correos institucionales

SOBRE LA ELEGIBILIDAD:

- 3.4 El único Correo Electrónico que autorizará el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca es <usuario>@hraei.gob.mx que pertenecerá al dominio: hraei.gob.mx, definido como Correo Electrónico Institucional, para la generación, transmisión y recepción de información.
- 3.5 Son Usuarios elegibles del Correo Electrónico Institucional todo el personal del HRAEI, que cubra una plaza y que tenga acceso a una computadora, a los cuales se les podrá asignar una cuenta y contraseña correspondientes de acuerdo a la política vigente (ver "CUENTAS Y CONTRASEÑAS").
- 3.6 El Correo Electrónico Institucional deberá ser utilizado únicamente con propósito oficial, como apoyo al desempeño de las funciones de los Usuarios.

SOBRE EL USO:

- 3.7 La transmisión de mensajes a través del Correo Electrónico Institucional tendrá un límite de tamaño.
- 3.8 Toda la información generada y transmitida por los Usuarios del Correo Electrónico Institucional, deberá procurar las mejores prácticas del HRAEI, ser profesional, cortés y en cumplimiento de la Ley Federal de Responsabilidades los Servidores Públicos, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado y demás reglamentos y leyes vigentes y aplicables.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES. SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CORREOS INSTITUCIONALES DEL HRAEI.		Hoja: 41 de 127

3.9 Se considerarán usos inadecuados del Correo Electrónico Institucional:

- a. El uso de palabras, imágenes o referencias que puedan ser vistas como difamatorias, hostiles, ilegales, discriminatorias u ofensivas.
- b. Generar o transmitir información de cualquier tipo que pueda ser considerada inapropiada al uso de las mejores prácticas del HRAEI, incluyendo, pero no limitado a información indecente, obscena o pornográfica.
- c. Generar o transmitir información de cualquier tipo que pueda ser considerada inapropiada, hostil u ofensiva referente a razas, sexo, edad, orientación sexual, preferencia marital, religión, nacionalidad de origen, impedimentos mentales o físicos de cualquier individuo.
- d. Recibir, copiar o transmitir información (o sistemas de información) protegidos por derechos de autor en violación de estos derechos, con el conocimiento y/o anuencia del usuario,
- e. Recibir, copiar o transmitir videos, música, gráficos o ejecutables no relacionados con la actividad propia del HRAEI.
- f. El uso de dispositivos de codificación (encriptación) no autorizados.
- g. La transmisión de mensaje(s) a múltiples usuarios (uno a uno o uno a varios) sin la aprobación explícita y por escrito de la Autoridad Competente.
- h. Cualquier mensaje que por su estructura o contenido sea considerado como "SPAM" (ver "Glosario") de acuerdo a las prácticas vigentes.
- i. La difusión de información considerada como reservada o confidencial, en los términos de la Ley Federal de Transparencia y Accesos a la Información Pública Gubernamental.
- j. Cualquier otro uso que no apoye el desempeño de las funciones propias del Usuario dentro del HRAEI.

3.10 El sistema de Correo Institucional estará configurado para borrar automáticamente todos aquellos mensajes que tengan una antigüedad mayor a 15 días naturales, si los usuarios desean conservar su información deberán moverla a alguna Carpeta Personal.

3.11 Es responsabilidad única y exclusiva del Usuario, la información contenida en las Carpetas Personales, así como su respaldo.

3.12 Cualquier duda con respecto al USO del Correo Electrónico Institucional podrá ser aclarada por el área de Tecnologías de la Información del HRAEI

SOBRE LAS CUENTAS Y CONTRASEÑAS:

3.13 El alta de Usuarios deberá ser solicitada por la o el Director o el Subdirector de cada Área.

3.14 Una vez asignada la cuenta y contraseña correspondiente, el usuario puede hacer uso del Correo Electrónico Institucional, la confidencialidad y el uso de la cuenta y contraseña es responsabilidad Única y exclusiva del Usuario.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</small>	Rev. 0
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES. SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CORREOS INSTITUCIONALES DEL HRAEI.		Hoja: 42 de 127

SOBRE LAS SANCIONES:

3.15 Las violaciones a estas Políticas como a cualquier otra política del HRAEI, podrá resultar en una falta administrativa, suspensión, despido o acción en términos de la normatividad aplicable.

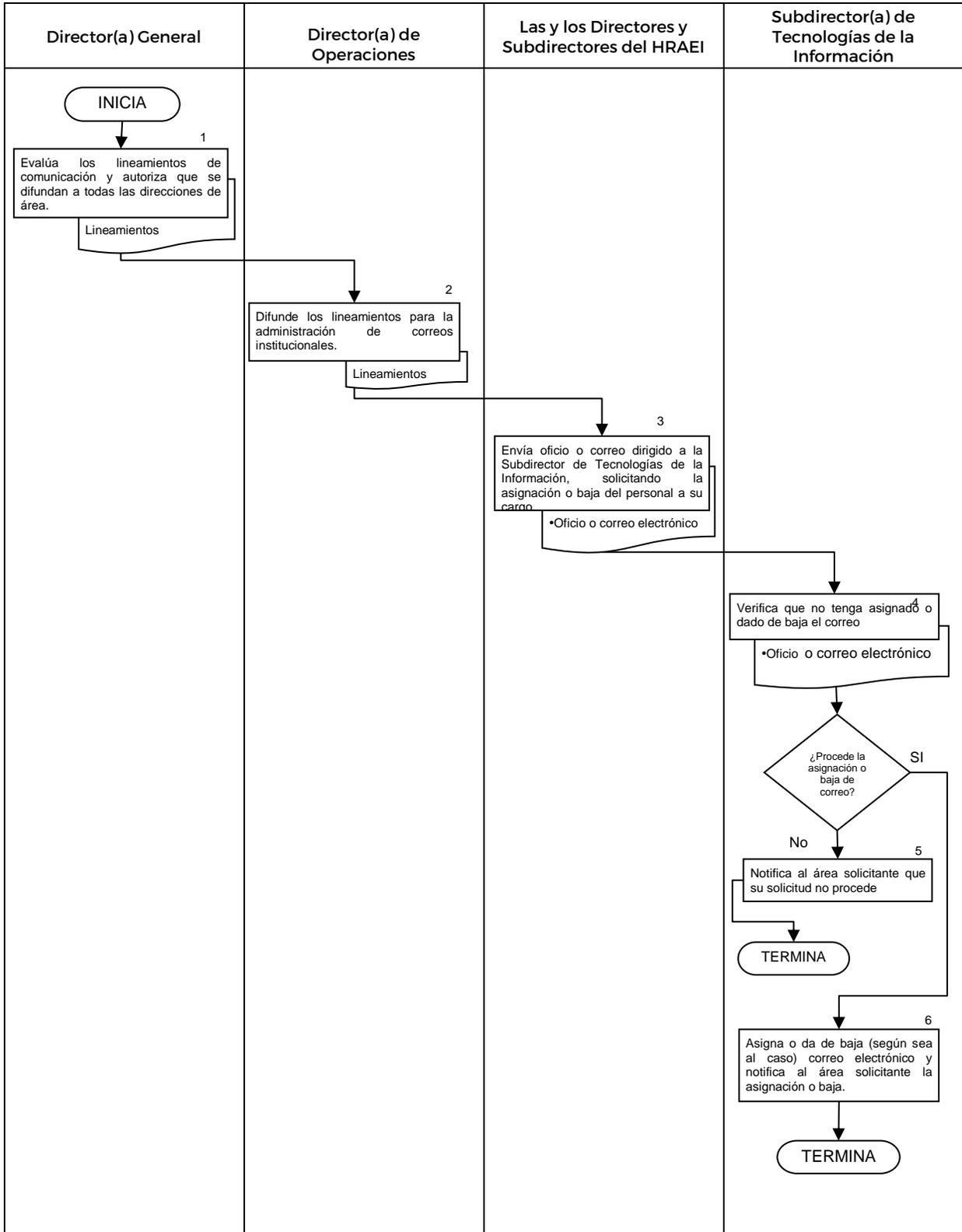
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES. SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CORREOS INSTITUCIONALES DEL HRAEI.	

HOJA 43 DE 10

4 DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director(a) General	1	Evalúa los lineamientos de comunicación y autoriza que se difundan a todas las direcciones de área.	<ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos
Director(a) de Operaciones	2	Difunde los lineamientos para la administración de correos institucionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos
Las o los Directores y las o los Subdirectores del HRAEI	3	Envía oficio o correo dirigido a la Subdirección de Tecnologías de la Información, solicitando la asignación o baja del personal a su cargo.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio o Correo Electrónico
Subdirector(a) de Tecnologías de la Información	4	Verifica que no tenga asignado o dado de baja el correo ¿Procede la asignación o baja de correo?	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio o Correo Electrónico
	5	No: Notifica al área solicitante que su solicitud no procede. Termina el procedimiento.	
	6	SI: Asigna o da de baja (según sea al caso) correo electrónico y notifica al área solicitante la asignación o baja.	
		TERMINA	

5 DIAGRAMA DE FLUJO.



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</small>	Rev. 00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES. SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CORREOS INSTITUCIONALES DEL HRAEI.		Hoja: 45 de 127

6 DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	No Aplica
6.2 Ley General de Salud.	No Aplica
6.3 Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública	No Aplica
6.4 Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública	No Aplica
6.5 Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados	No Aplica
6.6 Ley General de Responsabilidades Administrativas	No Aplica
6.7 Ley General en materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación	
6.7 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	No Aplica
6.9 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal.	No Aplica
6.10 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.	No Aplica
6.11 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.	No Aplica

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</small>	Rev. 00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES. SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CORREOS INSTITUCIONALES DEL HRAEI.		Hoja: 46 de 127

7 REGISTROS.

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
7.1 Oficio de solicitud	1 año	Subdirección de Tecnologías de la Información	N/A

8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO.

- 8.1 **HRAEI (o Hospital):** Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.
- 8.2 **SPAM:** Cadenas de Mensajes con fines personales, mensajes grupales no institucionales, correo electrónico no solicitado con mensajes comerciales o subversivos enviados a un grupo.
- 8.3 **CARPETA PERSONAL:** Área de almacenamiento creada en la computadora personal del Usuario, donde se pueden almacenar mensajes del Correo Electrónico Institucional entre otros. Si tiene dudas sobre la creación de Carpetas Personales o el respaldo de las mismas, favor de contactar a Tecnologías de la Información.

9 CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO.

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
N/A	N/A	N/A

10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO.

- 10.1 Lineamientos.
- 10.2 Oficio y/o correo en formato libre.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</small>	Rev. 00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES. SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CORREOS INSTITUCIONALES DEL HRAEI.		Hoja: 47 de 127

Anexo 10.1 Lineamientos



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



DIRECCIÓN GENERAL
PROGRAMA DE TRABAJO 2013

Programa de Trabajo del
Hospital Regional de Alta Especialidad de
Ixtapaluca
2013

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA	Rev. 00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES. SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CORREOS INSTITUCIONALES DEL HRAEI.		Hoja: 48 de 127

Anexo 10.2 Oficio y/o correo en formato libre.

Ixtapaluca, Estado de México a (1)

D*/HRAEI/(2)/(3)

C. TITULAR (4)
DIRECTOR DE.
P R E S E N T E.

(INDICARA EL CONTENIDO DEL OFICIO)

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

Atentamente

C. TITULAR (5)

.

(6)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</small>	Rev. 00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES. SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CORREOS INSTITUCIONALES DEL HRAEI.		Hoja: 49 de 127

Instructivo de llenado de Oficio

1. Indicar la fecha de elaboración del oficio.
2. Indicar número consecutivo del oficio de la Dirección donde sea emitido
3. Se anotará el año que corresponda
4. Anotar el nombre completo del Director.
5. Anotar nombre completo del Director.
6. Firma autógrafa del Director.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</small>	Rev.-01
	SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	4. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD		Hoja: 50 de 127

4. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-01
	SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	4. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD		Hoja: 51 de 127

1. PROPOSITO

- 1.1 Establecer los lineamientos, estándares y el proceso metodológico que implica buscar, analizar, evaluar e implementar nuevas tecnologías de información en salud, para apoyar a las Direcciones Médico-Administrativas, con la finalidad de mejorar la seguridad, calidad y la relación costo beneficio en el cuidado de la salud optimizando el uso de la tecnología.
- 1.2 Instaurar un método riguroso en las etapas iniciales de los proyectos para garantizar que la tecnología seleccionada es la más competitiva de todas las disponibles, medida a través de diferentes variables de interés para el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI) y cuya evaluación se adecua a cada proceso en particular.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno aplica: A todas las áreas operativas usuarias de tecnologías de la información en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI), para identificar, proponer y solicitar la implementación de productos o aplicaciones que optimicen el funcionamiento de los procesos en su área de competencia.
- 2.2 A nivel externo: No aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

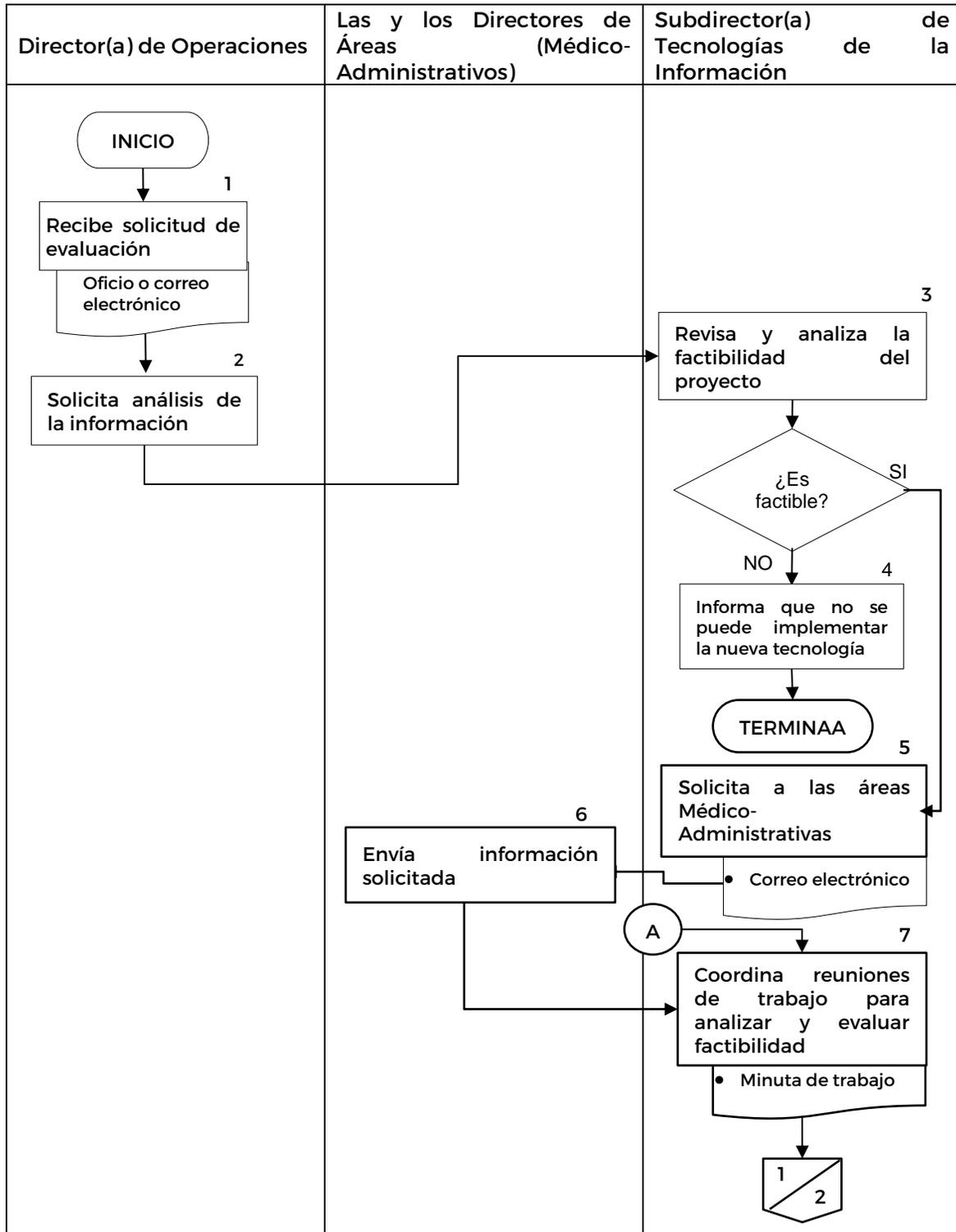
- 3.1 La Dirección General del HRAEI será la encargada de aprobar la adquisición, implementación y uso de las nuevas tecnologías que serán aplicadas, con el fin de dotar de mejores servicios y optimizar el funcionamiento del hospital.
- 3.2 La Dirección de Operaciones, a través de la Subdirección de Tecnologías de la Información, deberá solicitar a las áreas médico-administrativas la información requerida para la evaluación de la factibilidad de su implementación.
- 3.3 Será responsabilidad de la Dirección de Operaciones coordinar las acciones necesarias con la Dirección General y la Dirección de Administración y Finanzas para el análisis de la información, su conocimiento, aprobación, observaciones e identificación de las actividades a desarrollar, para su eventual implementación.
- 3.4 La Dirección de Operaciones, a través de la Subdirección de Tecnologías de la Información, deberá coordinar la capacitación del uso de la nueva tecnología a los Jefes de Servicio de las Unidades Médicas y Administrativas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

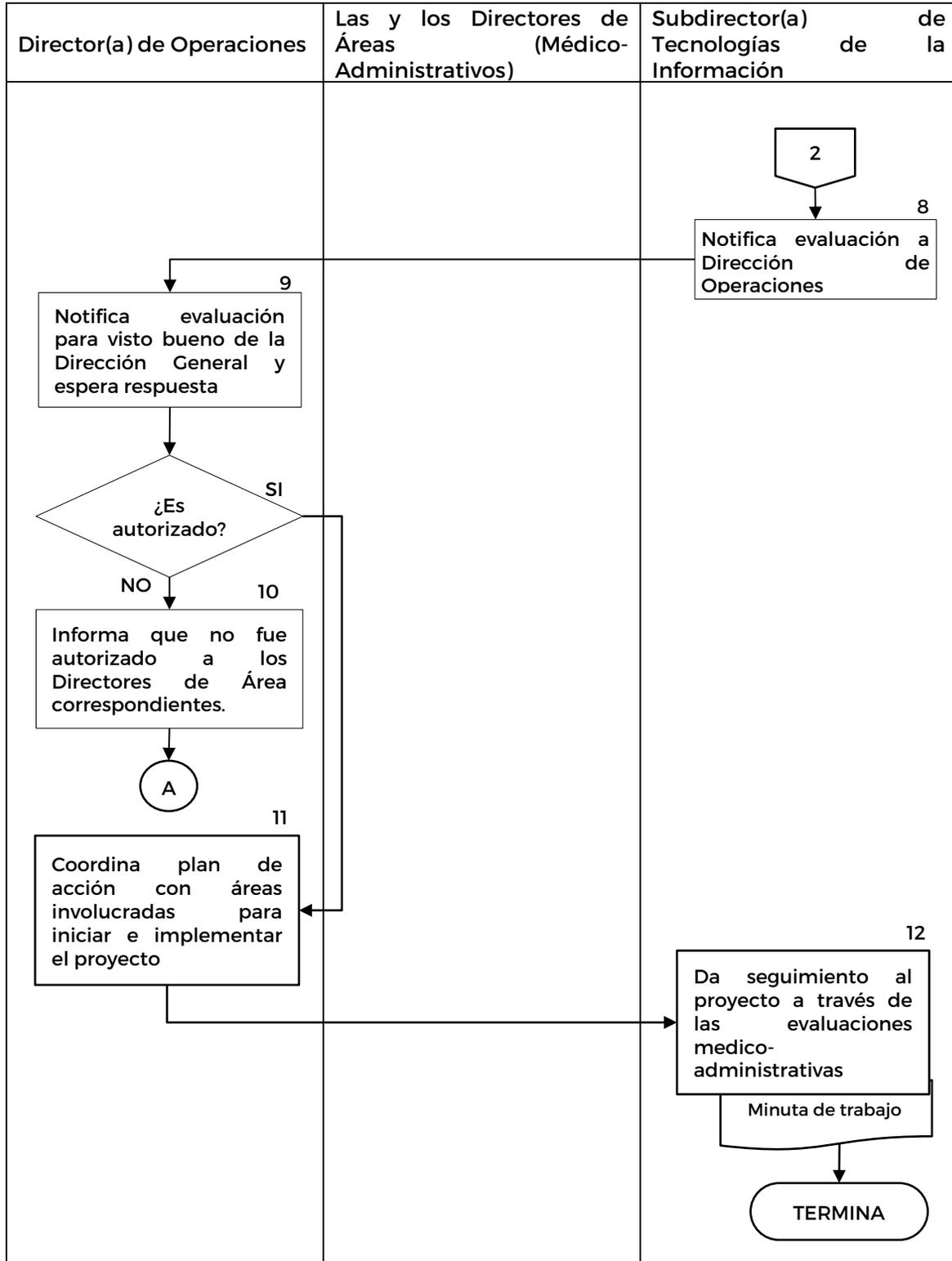
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director(a) de Operaciones	1	Recibe solicitud de evaluación de nuevas tecnologías de las direcciones médico administrativas.	• Oficio/Correo electrónico
	2	Solicita a la Subdirección de Tecnologías de la Información la analice.	
Subdirector(a) de Tecnologías de la Información	3	Revisa y analiza la solicitud hecha, para conocer la posible factibilidad del proyecto, dependiendo de los medios de los que puede disponer el hospital. ¿Es factible?	• Correo electrónico
	4	No: Informa que no se puede implementar la nueva tecnología. Termina procedimiento	
	5	Si: Solicita a las áreas involucradas complementen la información al respecto de la solicitud de evaluación de nuevas tecnologías.	
Las y los Directores de Área	6	Envía información a la Subdirección de Tecnologías de la Información	
Subdirector(a) de Tecnologías de la Información	7	Coordina reuniones de trabajo con las áreas operativas involucradas y el inversionista proveedor para analizar y evaluar la factibilidad de la implementación.	• Minuta de trabajo
	8	Notifica evaluación a la Dirección de Operaciones.	
Director(a) de Operaciones	9	Notifica evaluación para visto bueno de la Dirección General y espera respuesta. ¿Fue autorizado?	• Minuta de trabajo
	10	No: Informa que no fue autorizado a los Directores de Área correspondientes Regresa a la actividad 7	
	11	Si: Coordina un plan de acción con áreas involucradas para iniciar e implementar el proyecto	

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector(a) de Tecnologías de la Información	12	Da seguimiento al proyecto a través de las evaluaciones médico-administrativas. TERMINA	<ul style="list-style-type: none">• Minuta de trabajo

5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-01
	SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	4. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD		Hoja: 56 de 127

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	No aplica
6.2 Ley General de Salud	No aplica
6.3 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal	No aplica
6.4 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	No aplica
6.5 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca (Vigente)	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
7.1 Oficio	5 años	Subdirección de Tecnologías de la Información	No. de oficio
7.2 Minuta de trabajo	5 años	Subdirección de Tecnologías de la Información	No. de minuta

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-01
	SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	4. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD		
			Hoja: 57 de 127

8. GLOSARIO

8.1 Evaluación: Verificación de procedimiento médico-administrativos efectuado a los servicios de consulta y hospitalización en busca de factores de oportunidad.

8.2 Nuevas Tecnologías: Equipamientos y aplicaciones diseñados para el cuidado de la salud y para procesos administrativos los cuales tienen necesidad de ser revisados para su mejora, reemplazo o implementación.

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
Rev-00	Enero 2019	No aplica
Rev-01	Junio 2023	Actualización

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio

10.2 Minuta de trabajo

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</small>	Rev.-01
	SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	4. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD		Hoja: 58 de 127

Anexo 10.1 Oficio

Ixtapaluca, Estado de México, a 1 de enero del 2023

Oficio No. DXX/ HRAEI/000/2023
Asunto: Formato de oficio

NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO
CARGO
PRESENTE

ATENTAMENTE
CARGO

NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO

Carretera Federal México-Puebla Km. 34.5, Pueblo de Zoquiapan, 56530, Municipio de Ixtapaluca, Estado de México.
Tel: (55) 5972 9800 · www.hraei.gob.mx



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA</small>	Rev.-00
	SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	5.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE SERVICIOS EN MATERIA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		Hoja: 61 de 127

5. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE SERVICIOS EN MATERIA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	5.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE SERVICIOS EN MATERIA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		Hoja: 62 de 127

1. PROPÓSITO.

- 1.1 Establecer los lineamientos para supervisar el servicio del soporte técnico al equipamiento en materia de Tecnologías de la Información suministrado por el Proveedor Externo al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI u Hospital), con la finalidad de mantenerlo en óptimas condiciones de operación.

2. ALCANCE

- 2.1 **A nivel interno aplica:** A la Subdirección de Tecnologías de la Información, en lo referente a supervisar el soporte al equipamiento en materia de Tecnologías de la Información, brindado por el Proveedor Externo.
- 2.2 **A nivel externo aplica:** Al Proveedor Externo que brinda los servicios de soporte técnico. al equipamiento en materia de Tecnologías de la Información del HRAEI.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 El Proveedor Externo será el responsable de elaborar y ejecutar el programa anual de mantenimiento preventivo en materia de tecnologías de la información.
- 3.2 La Subdirección de Tecnologías de la Información se encargará de realizar visitas de supervisión o evaluación de la correcta ejecución del programa anual de mantenimiento preventivo en materia de tecnologías de la información.
- 3.3 El personal adscrito a las distintas áreas que integran el Hospital, serán las responsables de realizar las solicitudes de servicio, mediante los mecanismos y los procedimientos establecidos al Proveedor Externo, reportando cualquier incidencia en materia de tecnologías de la información.
- 3.4 El Proveedor Externo es el responsable de atender y rectificar las incidencias reportadas.

	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
	5.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE SERVICIOS EN MATERIA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Hoja: 63 de 127

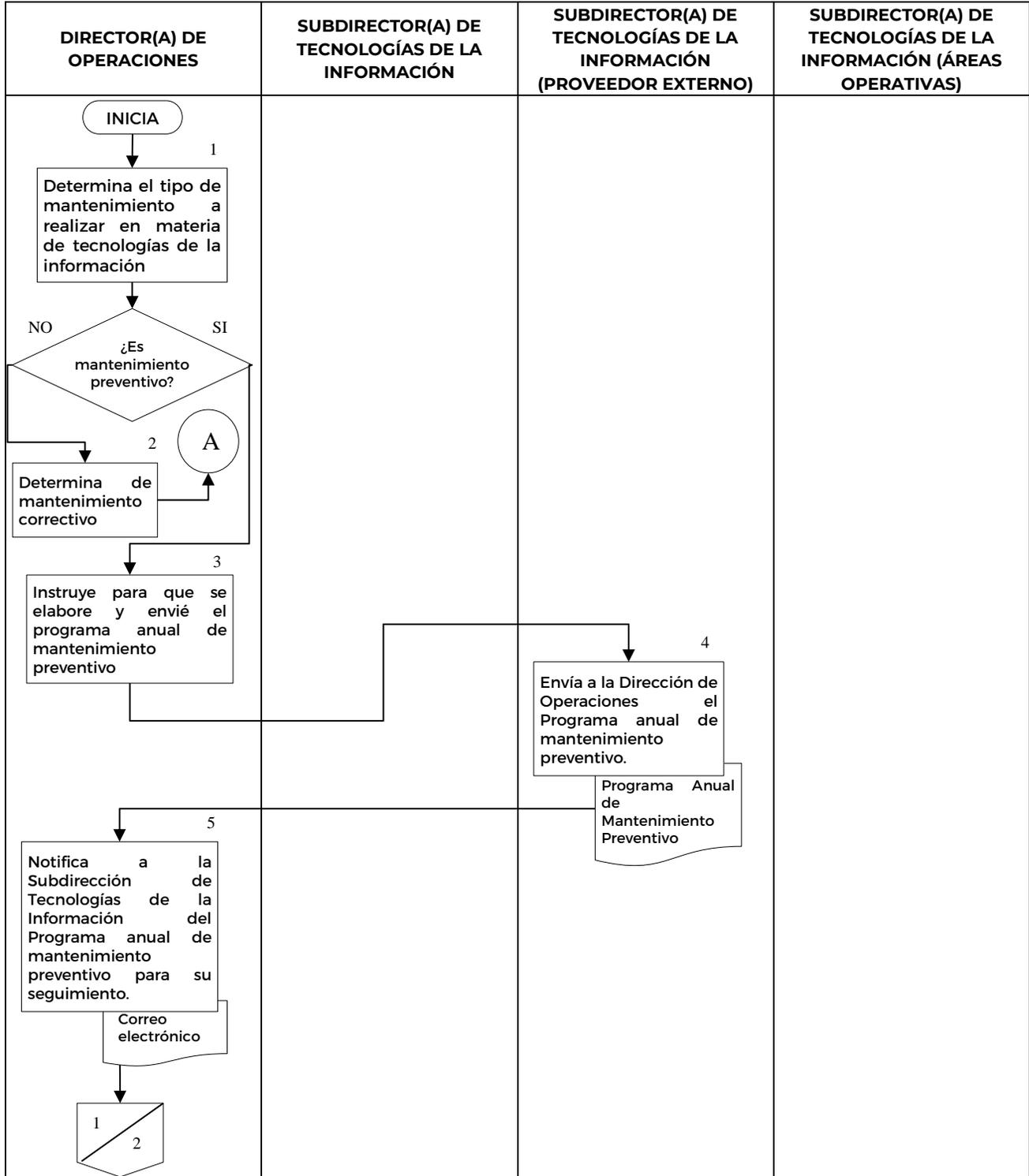
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director(a) de Operaciones	1	Determina el tipo de mantenimiento a realizar en materia de tecnologías de la información (preventivo o correctivo) ¿Es mantenimiento preventivo?	
	2	No Determina de mantenimiento correctivo. Continúa en la actividad 9	
	3	Si Instruye para que se elabore y envíe el programa anual de mantenimiento preventivo	
Subdirector(a) de Tecnologías de la Información (Proveedor Externo)	4	Proceso de Mantenimiento Preventivo Envía a la Dirección de Operaciones el Programa anual de mantenimiento preventivo.	• Programa Anual de Mantenimiento Preventivo
Director(a) de Operaciones	5	Notifica a la Subdirección de Tecnologías de la Información del Programa anual de mantenimiento preventivo para su seguimiento.	• Correo electrónico
Subdirector(a) de Tecnologías de la Información (Proveedor Externo)	6	Ejecuta Programa anual de mantenimiento preventivo	• Reporte de mantenimiento
Subdirector(a) de Tecnologías de la Información	7	Supervisa la correcta ejecución en sitio del Programa anual de mantenimiento preventivo al equipamiento en materia de TI, mediante revisiones al azar.	
Subdirector(a) de Tecnologías de la Información y el (Proveedor Externo)	8	Evalúan conjuntamente los controles de supervisión del cumplimiento del Anexo Técnico del contrato de los servicios. Concluye el proceso de mantenimiento preventivo	• Controles de supervisión
Subdirector(a) de Tecnologías de la Información (Áreas operativas)	9	Proceso de Mantenimiento correctivo Realizan una solicitud de servicio a través del Centro de Atención a Usuarios (CAU) para reportar cualquier incidencia en materia de TI.	• Ticket

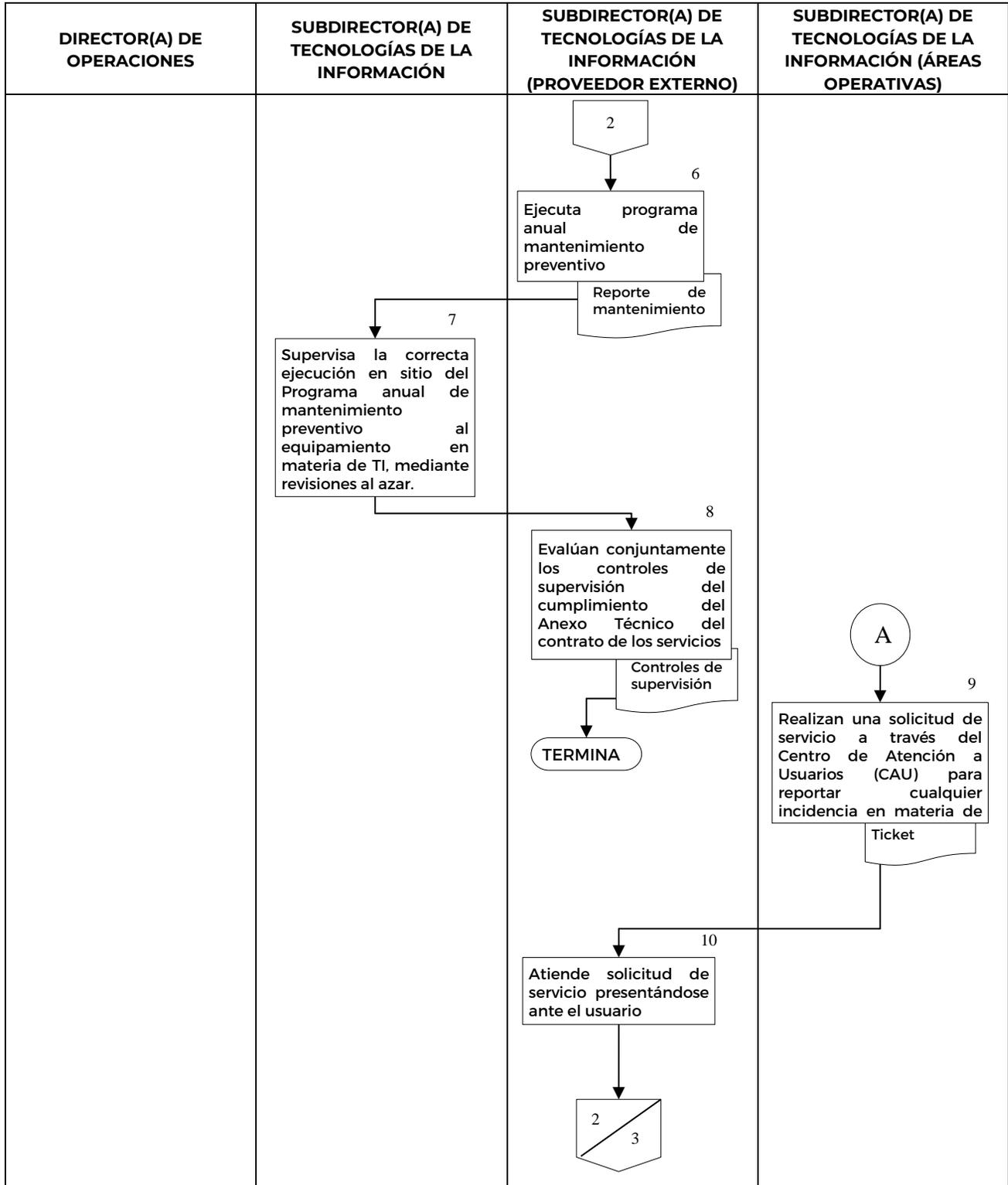
Subdirector(a) de Tecnologías de la Información (Proveedor Externo)	10	Atiende solicitud de servicio presentándose ante el usuario	
Subdirector(a) de Tecnologías de la Información (Áreas operativas)	11	Firma con fecha y hora en que atiende.	
Subdirector(a) de Tecnologías de la Información (Proveedor Externo)	12	Rectifica la incidencia reportada y acude ante el usuario, quien le firma con fecha y hora.	
Subdirector(a) de Tecnologías de la Información (Áreas operativas)	13	Firma con fecha y hora en que rectifica.	
Subdirector(a) de Tecnologías de la Información y el (Proveedor Externo)	14	Evalúan conjuntamente los controles de supervisión del cumplimiento del Anexo Técnico del contrato de los servicios TERMINA	• Controles de supervisión

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	5.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE SERVICIOS EN MATERIA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		Hoja: 65 de 127

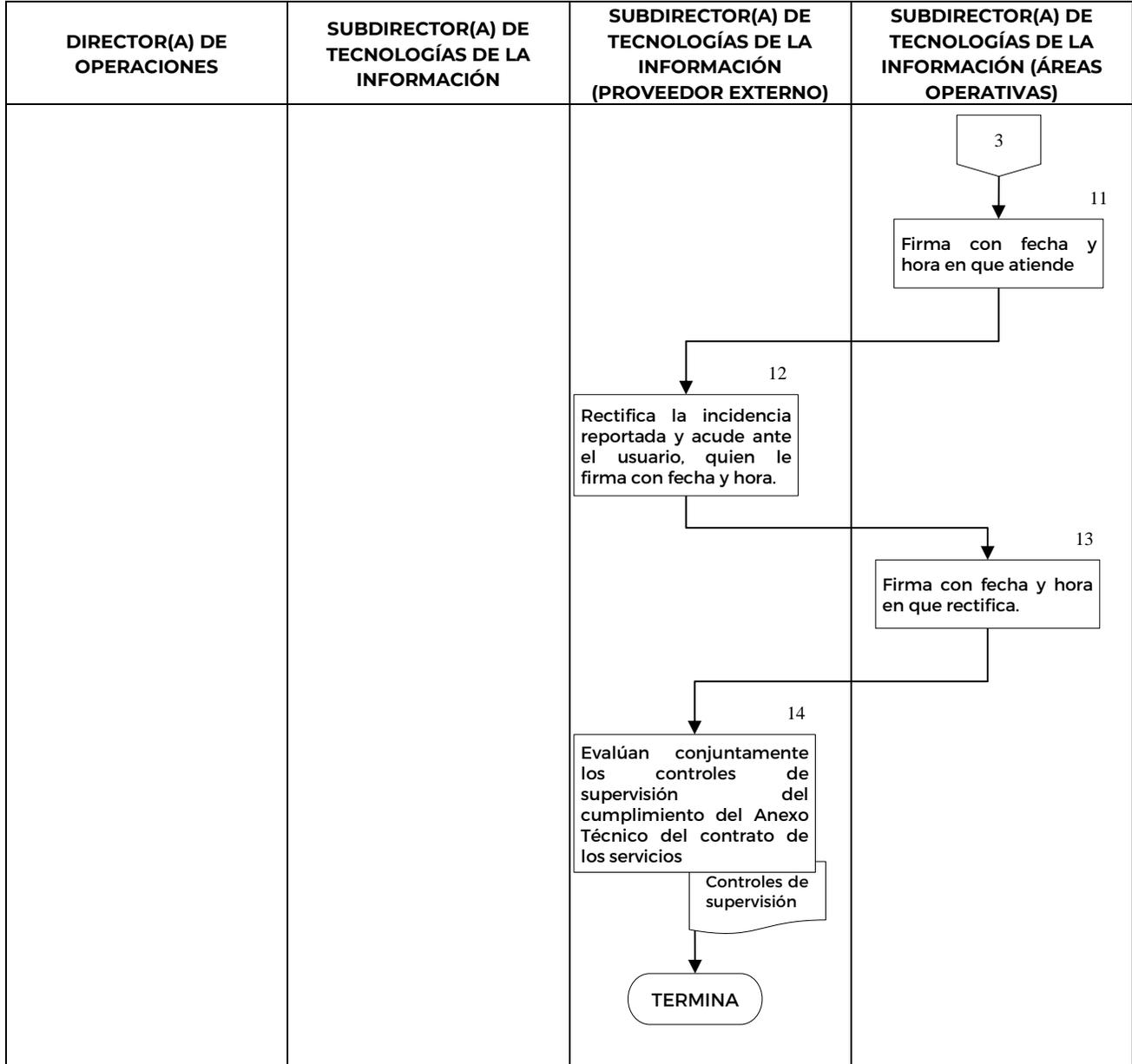
5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	5.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE SERVICIOS EN MATERIA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
			Hoja: 66 de 127



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	5.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE SERVICIOS EN MATERIA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
			Hoja: 67 de 127



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	5.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE SERVICIOS EN MATERIA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		Hoja: 68 de 127

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	No aplica
6.2 Ley General de Salud	No aplica
6.3 Ley General en materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación	No aplica
6.3 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal	No aplica
6.4 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	No aplica
6.5 Acuerdo por el que se emiten las políticas y disposiciones para impulsar el uso y aprovechamiento de la informática, el gobierno digital, las tecnologías de la información y comunicación, y la seguridad de la información en la Administración Pública Federal.	No aplica
6.6 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
7.1 Controles de supervisión	1 año	Subdirección de Tecnologías de la Información	No Aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	5.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE SERVICIOS EN MATERIA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		Hoja: 69 de 127

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **HRAEI u Hospital:** Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
- 8.2 **Áreas del Hospital:** Todas las direcciones de área, Departamento de Asuntos Jurídicos y Órgano Interno de Control así como a todas su áreas operativas y funcionales que integran el HRAEI.
- 8.3 **Equipo de telecomunicaciones:** Todos aquellos elementos, maquinaria y equipo instalados de conformidad con lo especificado bajo esta categoría de equipo en el Anexo 8 del CPS y la proposición.
- 8.4 **Software:** Conjunto de componentes lógicos (instrucciones o datos) que hacen funcionar una computadora o posibilitan la operación de una red. Se considera software a todo aquello que se pueda almacenar electrónicamente en un sistema computacional. Se suele clasificar el software en dos grupos: software de sistemas (sistema operativo y utilidades) y software de aplicaciones (procesadores de texto, hojas de cálculo, sistemas de administración de bases de datos, etc.)

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1/2019	Enero 2019	Actualización

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Controles de supervisión

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
	5.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE SERVICIOS EN MATERIA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
			Hoja: 70 de 127

Anexo 10.1 Controles de supervisión

SOLICITUD DE SERVICIO

Fecha / Hora Solicitud			Folio	
Fecha / Hora Terminación		Tiempo Estimado	Categoría	

Incidencia			
Usuario	Área	Descripción	Observaciones

Actividades Realizadas		
Ejecutivo de Soporte	Descripción	Observaciones

 Usuario Solicitante

 Ejecutivo de Soporte

 Vo. Bo. SaludNess

 Vo. Bo. Tecnologías de la Información
 HRAEI

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE INGENIERIA BIOMÉDICA.		
	6. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL EQUIPO MÉDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA.		Hoja: 71 de 127

6. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL EQUIPO MÉDICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE INGENIERIA BIOMÉDICA.		
	6. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL EQUIPO MÉDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA.		Hoja: 72 de 127

1. PROPÓSITO

- 3.1 Establecer los lineamientos a seguir para mantener la correcta funcionalidad del equipo médico del Hospital Regional de Alta especialidad de Ixtapaluca (HRAEI) con la finalidad de asegurar la continuidad de la operación de los mismos, minimizar el riesgo de fallo y prolongar su vida útil reduciendo los servicios de mantenimiento correctivo.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno aplica: A la Subdirección de Ingeniería Biomédica quien autoriza y supervisa los mantenimientos preventivos del equipamiento médico y en conjunto con los responsables del área lo validan para recibirlo e integrarlo en su servicio.
- 2.2 A nivel externo aplica: Al inversionista proveedor y empresas en contrato de mantenimiento por parte del HRAEI, de acuerdo al programa anual realizar los mantenimientos preventivos a los equipos médicos contratados.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Ingeniería Biomédica será la responsable de verificar que se cumpla este procedimiento, así como de mantenerlo actualizado.
- 3.2 La Subdirección de Ingeniería Biomédica realizará el calendario de Mantenimientos Preventivos, y en el caso de subcontratar los servicios externos, será junto con el proveedor, para llevar el seguimiento correspondiente.
- 3.3 La Subdirección de ingeniería Biomédica será la responsable de verificar el cumplimiento y la calidad de los Mantenimientos Preventivos realizados.
- 3.4 El proveedor y la Subdirección de Ingeniería Biomédica archivará todas las órdenes de servicio, con su rutina de mantenimiento correspondiente de los mantenimientos preventivos.
- 3.5 La Subdirección de Ingeniería Biomédica verificará que la documentación e información obligatoria para la comprobación de los mantenimientos preventivos, cumpla con los siguientes puntos:
- Que sea vigente el calendario de mantenimientos preventivos.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE INGENIERIA BIOMÉDICA.		
	6. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL EQUIPO MÉDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA.		Hoja: 73 de 127

- Que se presente en tiempo y forma la documentación correspondiente.
 - Que se generen órdenes de servicio por cada mantenimiento preventivo.
 - Que lo servicios se realicen de acuerdo a las rutinas de mantenimiento preventivo, conforme a las recomendaciones del fabricante a las normas nacionales e internacionales, y deberán ser anexadas a su respectiva orden de servicio.
- 3.6 El proveedor junto con la Subdirección de Ingeniería Biomédica deberá realizar rutinas de mantenimiento de acuerdo a los manuales y recomendaciones del fabricante de cada equipo, dado cumplimiento a la normativa nacional e internacional aplicable para estos servicios.
- 3.7 El proveedor y la Subdirección de Ingeniería Biomédica deberá cumplir con las siguientes actividades al realizar los mantenimientos preventivos:
- Inspección física del equipo, para identificar daños y deterioros en el equipo y sus accesorios.
 - Limpieza interior y exterior.
 - Cambio de refacciones o kit de mantenimiento preventivo recomendados por el fabricante
 - Realizar mediciones con analizadores y simuladores certificados, para las de señales generadas o recibidas por lo equipo.
 - Calibraciones de rangos y parámetros establecidos previamente por fabricante, y ajustes requeridos por el personal usuario y técnico.
 - Pruebas de verificación de buen funcionamiento.
 - Prueba de seguridad eléctrica para los equipos de soporte de vida y diagnostico recomendadas por el fabricante.
 - Colocación de calcomanías de identificación con los datos fecha, datos del equipo, tipo de mantenimiento realizado y fecha aproximada de cuando se deberá realizar el próximo mantenimiento preventivo e ingeniero responsable del servicio.
- 3.8 El proveedor y la Subdirección de Ingeniería Biomédica deberán realizar la limpieza interior y exterior con limpiadores, sanitizantes y lubricantes adecuados para este fin y recomendados por el fabricante, así como paños suaves para no causar algún daño al equipo.
- 3.9 El proveedor y la Subdirección de Ingeniería Biomédica deberán realizar las mediciones y calibraciones con equipos de metrología correspondientes (Analizador de seguridad eléctrica, analizador de electrobisturías, analizador de desfibriladores, simulador de parámetros fisiológicos, etc.) con certificados vigentes para garantizar resultados confiables.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES		
	SUBDIRECCIÓN DE INGENIERIA BIOMÉDICA.		
6. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL EQUIPO MÉDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA.		Hoja: 74 de 127	

- 3.10 El proveedor y la Subdirección de Ingeniería Biomédica deberá proveer y utilizar refacciones kits y consumibles originales necesarias para mantener la operación eficiente de los equipos.
- 3.11 El proveedor y la Subdirección de Ingeniería Biomédica deberá realizar las pruebas de funcionamiento y ajustes con accesorios y consumibles que deberán estar en correcto estado para tener confiabilidad de los mismos.
- 3.12 El proveedor y la Subdirección de Ingeniería Biomédica deberá realizar el servicio de mantenimiento preventivo en función correspondiente al calendario de mantenimiento preventivo, en caso de que el equipo no se encuentre disponible en la fecha estipulada, se deberá realizar el mantenimiento en un plazo no mayor a 30 días.
- 3.13 El proveedor y la Subdirección de Ingeniería Biomédica deberá colocar una etiqueta de identificación a todos los equipos a los que les haya realizado mantenimiento preventivo donde se indique; los datos del equipo, fecha de mantenimiento realizado, fecha del próximo mantenimiento y nombre del ingeniero que realizo el servicio.
- 3.14 El proveedor y el ingeniero responsable del mantenimiento, deberá entregar copia de la orden del servicio realizado al usuario y a la Subdirección de Ingeniería Biomédica.
- 3.15 En caso de que el proveedor cometa repetidamente una misma falla de calidad o falta de rectificación, o que no corrija alguna falla cometida por conveniencia o motivos propios, la Subdirección de Ingeniería Biomédica podrá emitir una Notificación de Servicio Deficiente a la empresa, al recibir tres fallas de este tipo, se hará acreedor de una sanción o revocación de su contrato de acuerdo a la magnitud y frecuencia de la falla.

	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE INGENIERIA BIOMÉDICA
	6. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL EQUIPO MÉDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA.

Página 75 de 127

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirector(a) de Ingeniería Biomédica (y el proveedor)	1	Elabora propuesta del calendario para los mantenimientos preventivos para el equipamiento médico incluido en la guía de dotación o contrato, y se envía a la Subdirección de Ingeniería Biomédica para su revisión y autorización.	<ul style="list-style-type: none"> • Calendario de mantenimiento preventivo.
Subdirector(a) de Ingeniería Biomédica (Responsable de la Unidad de Ingeniería de Servicio)	2	Verifica que en el calendario de Mantenimiento Preventivo se encuentren todos los equipos incluidos en la guía de dotación o contrato.	<ul style="list-style-type: none"> • Calendario de mantenimiento preventivo. • Rutinas de mantenimiento. • Oficio
	3	Verifica que el Proveedor cuente con la herramienta, equipos de medición certificados, simuladores y estándares certificados, necesaria para realizar los mantenimientos preventivos.	
	4	Verifica que las Rutinas de Mantenimiento y Listas de Verificación se apeguen a las recomendaciones del fabricante.	
	5	Realiza observaciones al Proveedor en caso de ser necesario.	
	6	Verifica el calendario de Mantenimiento Preventivo, las rutinas de mantenimiento, a las refacciones, consumible y kits a utilizarse en los mantenimientos preventivos. Si hay alguna observación emite comentarios mediante un oficio al proveedor o recomendaciones al ingeniero responsable por parte de la Subdirección de Ingeniería Biomédica.	
Subdirector(a) de Ingeniería Biomédica.	7	Integra las observaciones, valida; el calendario de mantenimiento preventivo, a la documentación de soporte, y verificación los materiales necesarios para realizar este tipo de servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Documentación de verificación

	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE INGENIERIA BIOMÉDICA
	6. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL EQUIPO MÉDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA.

Página 76 de 127

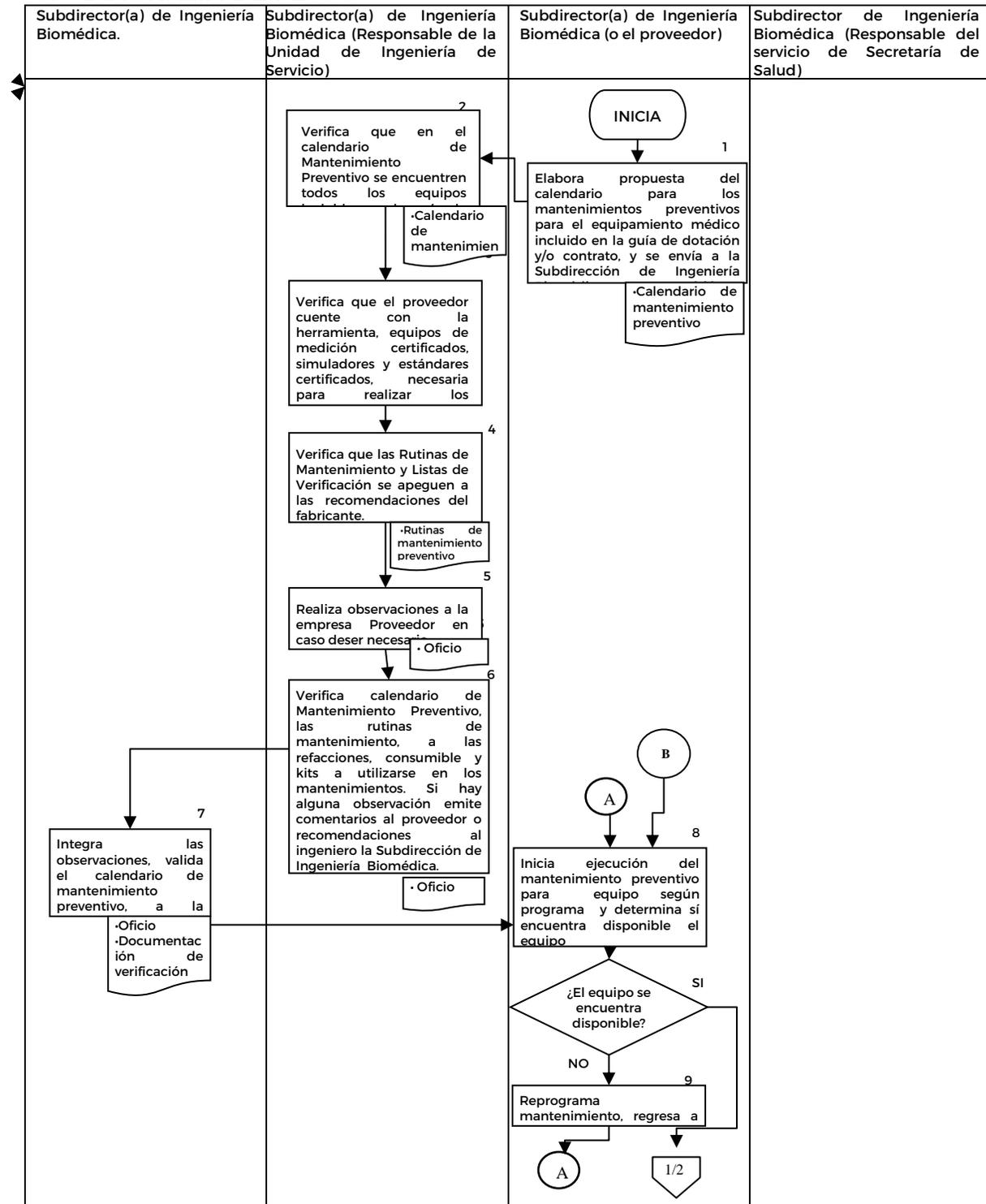
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirector(a) de Ingeniería Biomédica (o el proveedor)	8	Inicia la ejecución del calendario de mantenimiento preventivo para el equipo específico y el día programado y determina si encuentra disponible el equipo ¿Se encuentra disponible el equipo?	
	9	NO: Reprograma mantenimiento, regresa a la actividad 8	
	10	Si: Inicia servicio, realiza observación, pruebas de funcionamiento al equipo y anota los resultados en la rutina de mantenimiento.	• Rutina de mantenimiento
	11	Realiza la rutina de mantenimiento preventivo en el equipo, levanta la documentación necesaria, ordenes de servicio y se anexa rutina de mantenimiento, certificaciones y pruebas de seguridad eléctrica de ser el caso.	• Orden de servicio
	12	Coloca etiqueta de mantenimiento preventivo realizado en el equipo correspondiente, con los datos de identificación y fecha del próximo mantenimiento preventivo.	• Etiqueta
Subdirector(a) de Ingeniería Biomédica (Responsable del servicio de Secretaría de Salud)	13	Verifica y valida el supervisor o el Subdirector de Ingeniería Biomédica el mantenimiento preventivo realizado y firma la orden de servicio correspondiente ¿Es válido el mantenimiento realizado?	• Orden de servicio
	14	NO: Determina que no es validado el servicio y Regresa a la actividad 8	
	15	SI: Firma Orden de Servicio y Rutina de Mantenimiento por parte del personal usuario.	• Orden de servicio • Rutina de mantenimiento

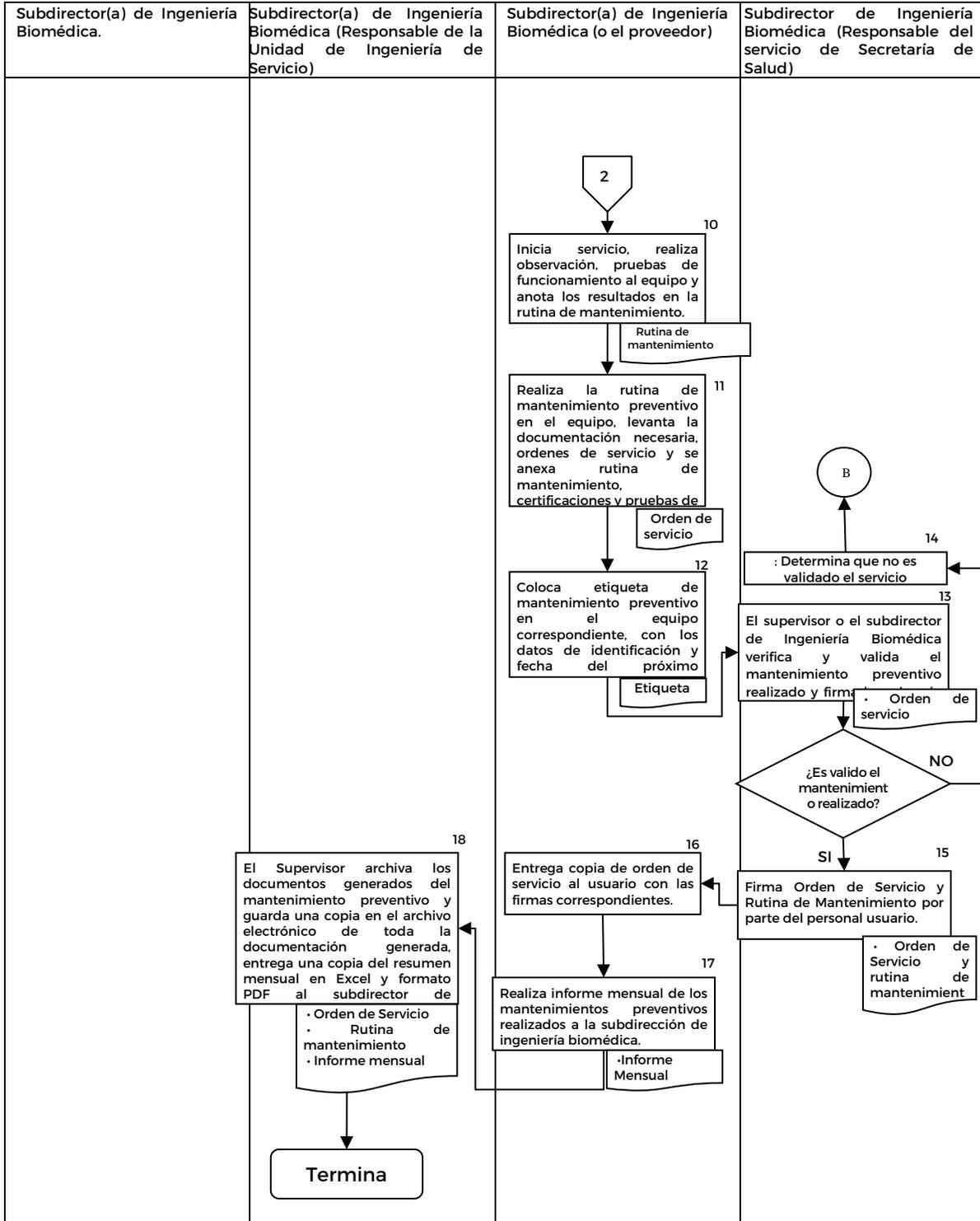
	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE INGENIERIA BIOMÉDICA
	6. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL EQUIPO MÉDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA.

Página 77 de 127

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirector(a) de Ingeniería Biomédica (o el proveedor)	16	Entrega copia de orden de servicio al usuario con las firmas correspondientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Informe mensual
	17	Realiza informe mensual de los mantenimientos preventivos realizados a la Subdirección de Ingeniería Biomédica.	
Subdirector(a) de Ingeniería Biomédica (o el proveedor)	18	<p>Archivo a través del Supervisor los documentos generados del mantenimiento preventivo y guarda una copia en el archivo electrónico de toda la documentación generada, entrega una copia del resumen mensual en Excel y formato PDF al subdirector de Ingeniería Biomédica.</p> <p>TERMINA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orden de servicio • Rutina de mantenimiento • Informe mensual

5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE INGENIERIA BIOMÉDICA.		
	6. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL EQUIPO MÉDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA.		Página 80 de 127

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	No aplica
6.2 Ley General de Salud	No aplica
6.1 Contrato de Prestación de Servicios.	No aplica
6.2 Código de Ética del HRAEI.	No aplica
6.3 Manual de políticas y procedimientos de la Subdirección de Ingeniería Biomédica y la empresa proveedor.	No aplica
6.4 Manual de Usuario y de Servicio del equipo médico.	No aplica
6.5 Calendario de Mantenimiento Preventivo de la empresa proveedor	No aplica
6.6 Ley General en materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación	No aplica
6.7 Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal	No aplica
6.8 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1 Orden de Servicio	2 años	Subdirección de Ingeniería Biomédica, empresa proveedor y el área usuaria	No aplica
7.2 Rutina de Mantenimiento	2 años	Subdirección de Ingeniería Biomédica, empresa proveedor	No aplica
7.3 Informe mensual	2 años	Subdirección de Ingeniería Biomédica, empresa proveedor	No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE INGENIERIA BIOMÉDICA.		
	6. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL EQUIPO MÉDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA.		Página 81 de 127

8. GLOSARIO DE TERMINOS

- 8.1 **Calendario de Mantenimiento Programado.** - Significa el calendario que deberá elaborar la empresa Proveedor con respecto a cualquier acción de mantenimiento preventivo, incluyendo la renovación o reposición de equipo al que esté obligado reponer conforme al Programa de Mantenimiento. Deberá actualizarse a más tardar los treinta días calendario, anteriores al inicio de cada Año Contractual.
- 8.2 **Equipo Médico.** - Incluye dispositivos empleados para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, tales como monitores, rayos "X" y tomógrafos, entre otros, y que brinden la certeza de atención y resolución de problemas descritos en el listado de servicios a ofertar por el Hospital, conforme el compromiso de prestación de servicios de parte del Inversionista Proveedor.
- 8.3 **Falla.** - Significa una situación que no cumple con las Especificaciones de Niveles de Servicios y para la cual existe un Tiempo de Rectificación o un Tiempo de Respuesta al Servicio.
- 8.4 **Mantenimiento Preventivo.** - Tiene como objetivo realizar los trabajos necesarios especificados por el fabricante del equipo y las instalaciones, y los conocidos por la vasta experiencia acumulada. Pretende evitar el desgaste prematuro y el mal funcionamiento del equipamiento, logrando así una continuidad confiable y segura para prevenir una interrupción que, además de costosa, sea irrepetible.
- 8.5 **Pruebas de funcionalidad.** - Significa que personal del Inversionista Proveedor realizará una prueba de funcionamiento frente al usuario, para que este verifique el trabajo apropiado de los requisitos funcionales del equipo.
- 8.6 **Pruebas de Seguridad Eléctrica.** - Significa las obras implementadas para proteger a los usuarios y pacientes que usen equipo médico, con el objetivo de protegerlos de una descarga eléctrica.
- 8.7 **Refacciones.** - Son todas las refacciones que, de acuerdo a las recomendaciones y especificaciones del manual de servicio del fabricante, deben sustituirse durante la ejecución del mantenimiento preventivo.
- 8.8 **Rutina de Mantenimiento Preventivo.** - Significa una serie de tareas específicas, recomendadas por el proveedor del equipo médico, las cuales son la base para la realización de los mantenimientos preventivos, su aplicabilidad es determinada por las características específicas de cada equipo.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE INGENIERIA BIOMÉDICA.		
	6. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL EQUIPO MÉDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA.		Página 82 de 127

8.9 **Solicitud de Servicio.** - Petición formal realizada por parte del usuario para obtener el servicio requerido por parte de la Subdirección de Ingeniería Biomédica.

8.10 **CAU.** – Es el centro de atención al usuario, se encargan de recibir los reportes de los servicios dentro de Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca y generar tickets para brindar la atención correspondiente.

9 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
Rev-01	Junio 2023	Actualización de procedimientos.

10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Ejemplo de Calendario de Mantenimiento Preventivo.

10.2 Orden de Servicio.

10.3 Rutina de Mantenimiento.

10.4 Informe Mensual.

ANEXO 10.1 Ejemplo de Calendario de Mantenimiento Preventivo.

		HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2023 ANATOMÍA PATOLÓGICA																	
EQUIPAMIENTO					2023														
					PRIMER SEMESTRE						SEGUNDO SEMESTRE						PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE	
Nº.	EQUIPO	MARCA	MODELO	Nº. SERIE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	DIA	DIA	
1	ASPIRADOR ELECTRICO PARA DRENAJE CONTINUO E INTERMITENTE	HERGOM	7A-23D	00037					1										3
2	NEBULIZADOR ULTRASÓNICO	HERGOM	403-B	00100									1						1
3	ODIMETRO PORTATIL	HELLCOR	H-600X OBIIMAX	G10310492								1							6
4	DEFIBRILADOR	SCHILLER	DEFIGARD 5000	101991005913	1						1						1		2
5	CAMILLA	STRIKER	1007	1006024213													2		
6	ELECTROCARDIOGRAFO	GE	MAC1200 STCOIN INTERPRETACION	S50095746	1						1						3		4
7	BÁSCULA ELECTRÓNICA PESA-BEBÉS	SECA	354	8254090140552										1					2
8	ESFIGMOMANÓMETRO ANEROIDE DE PARED	WELCH ALLYN	7670-01	110211122947								1							11
9	ESFIGMOMANÓMETRO ANEROIDE DE PARED		7670-01	101110072706								1							3
10	NEBULIZADOR ULTRASÓNICO	HERGOM	403-B	00119									1						2

MAYO PREV 2023
EQUIPO MEDICO (2)
ANATOMÍA PATOLÓGICA
CEYE CENTRAL
URGENCIAS
INHALOTERAPIA

ANEXO 10.2 ORDEN DE SERVICIO.

10.2.1. Orden de servicio proveedor



INGENIERIA BIOMEDICA
ORDEN DE SERVICIO

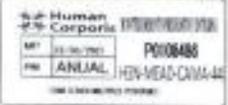


<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>NUM DE CONTROL:</td><td>HSN-MEAD-CAMA-44</td></tr> <tr><td>EQUIPO:</td><td>CAMA CLÍNICA MULTIPLES POSICIONES</td></tr> <tr><td>MARCA:</td><td>ARJO HUNTLEIGH</td></tr> <tr><td>MODELO:</td><td>E5000</td></tr> <tr><td>SERIE:</td><td>PD108488</td></tr> <tr><td>AREA:</td><td>HOSPITALIZACIÓN 3ª PL.</td></tr> </table>	NUM DE CONTROL:	HSN-MEAD-CAMA-44	EQUIPO:	CAMA CLÍNICA MULTIPLES POSICIONES	MARCA:	ARJO HUNTLEIGH	MODELO:	E5000	SERIE:	PD108488	AREA:	HOSPITALIZACIÓN 3ª PL.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>FECHA DE ATENCION:</td><td>14/02/2022 / 09:40:00 p. m.</td></tr> <tr><td>AREA QUE REPORTA:</td><td>HOSPITALIZACIÓN 3ª PLANTA</td></tr> <tr><td>REPORTA:</td><td>*****</td></tr> <tr><td>ATENDE:</td><td>ING. JUAN ANTONIO CAMACHO GOMEZ</td></tr> <tr><td>ASIGNADO A:</td><td>ING. JUAN ANTONIO CAMACHO GOMEZ</td></tr> <tr><td>ESTADO:</td><td>CERRADA</td></tr> </table>	FECHA DE ATENCION:	14/02/2022 / 09:40:00 p. m.	AREA QUE REPORTA:	HOSPITALIZACIÓN 3ª PLANTA	REPORTA:	*****	ATENDE:	ING. JUAN ANTONIO CAMACHO GOMEZ	ASIGNADO A:	ING. JUAN ANTONIO CAMACHO GOMEZ	ESTADO:	CERRADA
NUM DE CONTROL:	HSN-MEAD-CAMA-44																								
EQUIPO:	CAMA CLÍNICA MULTIPLES POSICIONES																								
MARCA:	ARJO HUNTLEIGH																								
MODELO:	E5000																								
SERIE:	PD108488																								
AREA:	HOSPITALIZACIÓN 3ª PL.																								
FECHA DE ATENCION:	14/02/2022 / 09:40:00 p. m.																								
AREA QUE REPORTA:	HOSPITALIZACIÓN 3ª PLANTA																								
REPORTA:	*****																								
ATENDE:	ING. JUAN ANTONIO CAMACHO GOMEZ																								
ASIGNADO A:	ING. JUAN ANTONIO CAMACHO GOMEZ																								
ESTADO:	CERRADA																								

REPORTE: ** MANTENIMIENTO PREVENTIVO INTERNO **

<p>FALLA DETECTADA:</p> <p>NINGUNA</p>	<p>SERVICIO REALIZADO</p> <p>SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE ACUERDO CON RUTINA, LIMPIEZA EXTERNA Y REVISION DE CONTROLES. PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO EN VARIAS POSICIONES RESULTAN CORRECTAS. PD108488</p>
--	---

<p>MOTIVO DE FALLA:</p> <p>NINGUNA</p>	<p>TIPO DE SERVICIO:</p> <p>MANTENIMIENTO PREVENTIVO INTERNO</p>
--	--

	<p>ACCESORIOS/REFACCIONES/CONSUMIBLES</p>
---	---

<p>MATERIAL UTILIZADO</p>													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>HEBRAMIENTA</th> <th>GASES</th> <th>MATERIAL DE LIMPIEZA</th> <th>EQUIPO DE APOYO</th> <th>EQUIPO DE PRUEBA</th> </tr> <tr> <td>GENERAL</td> <td>AIRE</td> <td>ANOS</td> <td>MULTIMETRO</td> <td></td> </tr> </table>	HEBRAMIENTA	GASES	MATERIAL DE LIMPIEZA	EQUIPO DE APOYO	EQUIPO DE PRUEBA	GENERAL	AIRE	ANOS	MULTIMETRO				
HEBRAMIENTA	GASES	MATERIAL DE LIMPIEZA	EQUIPO DE APOYO	EQUIPO DE PRUEBA									
GENERAL	AIRE	ANOS	MULTIMETRO										

ENTREGA

<p>FECHA DE ENTREGA: 14/02/2022 05:43:00 p. m.</p> <p>HORAS INGENIERO: -2</p>	<p>COSTO REFACCIONES:</p> <p>COSTO MANO DE OBRA:</p> <p>TOTAL:</p>
---	--

OBSERVACIONES

** EL EQUIPO SE DEJA FUNCIONAL EN AREA **

NOMBRE Y FIRMA



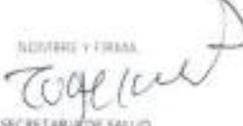
ING. JUAN ANTONIO CAMACHO GOMEZ
ING. BIOMEDICO

Vo. Bo.



ING. JUAN ANTONIO CAMACHO GOMEZ
SUPERVISOR HUMAN CORPORIS
NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA



SECRETARÍA DE SALUD

Página 1 de 1

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-01
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE INGENIERIA BIOMÉDICA.		
	6. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL EQUIPO MÉDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA.		Página 85 de 127

Anexo 10.22 Orden de servicio Subdirección De Ingeniería Biomédica.

 		ORDEN DE SERVICIO HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA			ORDEN DE SERVICIO CÓDIGO SIS-HRAEI-2023 FECHA DE ELABORACIÓN AGOSTO-2023 VERSIÓN 01		
FECHA:	SERVICIO:	FOLIO:					
NOMBRE DEL EQUIPO:		Nº DE CONTROL:					
MARCA:	MODELO:	NO. SERIE:					
		NO. REFERENCIA:					
DESCRIPCIÓN DE LA FALLA:				MOTIVO DE LA FALLA			
				DETERMINO DE USO NORMAL	<input type="checkbox"/>	MAL USO	<input type="checkbox"/>
FALLA DETECTADA				SERVICIO REALIZADO			
TIPO DE SERVICIO							
MANT. PREVENTIVO	<input type="checkbox"/>	MANT. CORRECTIVO	<input type="checkbox"/>	REVISIÓN	<input type="checkbox"/>	ASISTENCIA	<input type="checkbox"/>
CONSUMIBLES, ACCESORIOS Y PARTES QUE SE ENTREGAN CON EL BIEN							
NO.	CANTIDAD	NO. DE PARTE	DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	NO. REF	NO. HRAEI
OBSERVACIONES							
ENTREGA NOMBRE CARGO Y FIRMA		Vo.Ba. NOMBRE CARGO Y FIRMA			RECIBE NOMBRE, CARGO Y FIRMA		
ING. BIOMÉDICO		ING. BERNARDINO E. ALVAREZ PALMA SUBDIRECCIÓN DE ING. BIOMEDICA			SECRETARIA DE SALUD		

ANEXO 10.3 Rutina de Mantenimiento.

10.3.1. Rutina de Mantenimiento Subdirección de Ingeniería Biomédica.

		RUTINA DE MANTENIMIENTO	RUTINA DE MANTENIMIENTO		
		HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA SUBDIRECCIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	CÓDIGO SIB-HRAE1-2023	FECHA DE ELABORACIÓN AGOS/20-2023	VERSIÓN DEL 1.1

INFORMACIÓN DEL EQUIPO BIOMÉDICO	
EQUIPO:	
MARCA:	
MODELO:	
NÚMERO DE SERIE:	
NÚMERO DE CONTROL :	
AREA:	
INSPECCIONAR EL EQUIPO ANTES DE SER RETIRADO DEL AREA PARA DESCARTAR DAÑOS Y FALLAS PROVOCADAS POR EL USUARIO. SI SE ENCUENTRA ALGUNA ANOMALIA NOTIFICAR AL JEFE CORRESPONDIENTE DEL SERVICIO.	
EQUIPO DE LIMPIEZA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO	
Se debe realizar limpieza y desinfección del equipo antes de iniciar con el mantenimiento preventivo. Todas las soluciones se aplican con paño húmedo, nunca directamente sobre el equipo. La limpieza se realiza interna y externa en el equipo.	
Guantes de látex.	Desinfectante.
Paño liso y suave	Alcohol isopropílico al 70%.
ANALIZADORES Y SIMULADORES PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO.	
Todos los analizadores y simuladores deben estar calibrados y con certificados vigentes para su aplicación en el mantenimiento preventivo Colocar el nombre del analizador y/o simuladores con su vigencia correspondiente de calibración.	
ANALIZADORES Y/O SIMULADORES	VIGENCIA DE CALIBRACIÓN
Analizador de seguridad eléctrica	
Simulador de paciente.	
Multímetro.	
INSPECCIÓN Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO	
Si se detecta alguna falla favor de describirla e detalle en el apartado del estado correcto/mal estado.	
INSPECCIÓN VISUAL DE:	CORRECTO / MAL ESTADO
Panel frontal	
Panel de control	
Indicadores visuales	
Botones y perillas.	
Chasis del equipo	
Empaques.	
Conexiones para accesorios.	
Accesorios	
Cable de conexión a energía eléctrica.	
PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO	CORRECTO / MAL ESTADO
Verificar funcionamiento de botones y perillas.	
Verificar encendido y apagado del equipo.	
Verificar funcionamiento de pantalla	
Verificación de alarmas audibles y visibles	
Verificar de accesorios y/o consumibles.	
Verificación de configuración de acuerdo al paciente (neonatal, pediátrico o adulto).	
Prueba de funcionamiento con conexión a energía eléctrica y prueba con solo batería.	
Cambio de batería si el equipo lleva más de un año con la misma.	
Cambio de filtros internos y externos.	
Verificación de carro rodable en todas sus ruedas.	
Ajuste de y lubricación de partes móviles.	
Prueba de funcionamiento con analizadores y simuladores, de acuerdo a parámetros fisiológicos del	

cuerpo humano, para la obtención y medición de los resultados y determinar la funcionalidad, operación y seguridad del equipo en los pacientes.		
Prueba de seguridad eléctrica, con el analizador y anexar los resultados.		
OBSERVACIONES		
REALIZÓ NOMBRE CARGO Y FIRMA	REVISÓ Y AUTORIZÓ NOMBRE CARGO Y FIRMA	RECIBE NOMBRE, CARGO Y FIRMA
ING. BIOMÉDICO	ING. BERNARDINO E. ALVAREZ PALMA SUBDIRECCIÓN DE ING. BIOMÉDICA	SECRETARÍA DE SALUD

10.3.2. Rutina de Mantenimiento Preventivo; Proveedor.

	RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Revisión 2
	INGENIERIA BIOMÉDICA	Fecha de emisión: 2020
	Código de Documento:	NO. PARTE: 097
	FECHA: 14/07/2022	FOLIO: 21890

AREA:	HOSPITALIZACION S.P.U.
TIPO:	CAMA CLINICA
MARCA:	ARID-HUNLEIGH
MODELO:	ES90
SERIE:	P-012848
NÚM. CONTROL:	132-PRD-CAM-44
CATEGORIA:	TIPO MEDICO
NIVEL DE RIESGO:	BAJO
FRECUENCIA:	ANUAL

NOTA 1. Antes de realizar el mantenimiento preventivo realizar una pequeña inspección al equipo para corroborar su funcionamiento y descartar daños físicos. De ser así notificar al jefe de área.

NOTA 2. Asegúrese de tener lo necesario para realizar el mantenimiento.

Materiales a utilizar:

- Herramienta general.

MATERIAL DE LIMPIEZA Y PROTECCIÓN	
Cuando de área	<input checked="" type="checkbox"/>
Desinfectante AMO5	<input checked="" type="checkbox"/>
Alcohol isopropílico al 70%	<input checked="" type="checkbox"/>
Papelera efectiva la limpieza	<input checked="" type="checkbox"/>

LIMPIEZA

* Realizar de primer momento una limpieza y desinfección antes de iniciar el mantenimiento preventivo.
 * Recurda añadir directamente las soluciones de limpieza en un paño, para evitar dañar el equipo.

LIMPIEZA EXTERNA	REALIZADO
Limpieza el cojín	<input checked="" type="checkbox"/>
Limpieza cabezera	<input checked="" type="checkbox"/>
Limpieza placera	<input checked="" type="checkbox"/>
Limpieza barrandales	<input checked="" type="checkbox"/>
Limpieza base de rodillo	<input checked="" type="checkbox"/>
Desinfectar controles (paciente y enfermera)	<input checked="" type="checkbox"/>
Limpieza cable de alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>

INSPECCIÓN VISUAL	ESTADO(CORRECTO)
Verificar que la cubierta del cojín no tenga grietas ni abolladuras	<input checked="" type="checkbox"/>
Examinar el cable de suministro eléctrico y la toma de corriente	<input checked="" type="checkbox"/>
Inspección visual de los mecanismos de barrandales	<input checked="" type="checkbox"/>
Inspección visual de los mecanismos de freno, Steer y Libe	<input checked="" type="checkbox"/>
Inspección visual de las ruedas	<input checked="" type="checkbox"/>
Examinar todos los cables flexibles que estén a la vista por si presentan daños u otros defectos	<input checked="" type="checkbox"/>
Reverir si existe evidencia de fugas de oxígeno	<input checked="" type="checkbox"/>

	RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Revisión 2
	INGENIERIA BIOMÉDICA	Fecha de emisión: 2020
	Código de Documento:	

Verificar el estado de la cubierta de los controles	<input checked="" type="checkbox"/>
Verificar el estado de los parachoques integrados en cada asiento	<input checked="" type="checkbox"/>
Verificar la presencia de enchufes de potencia y cabezera los cuales permiten mantener fija mesa móvil	<input checked="" type="checkbox"/>

PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO GENERAL	ESTADO(CORRECTO)
Comprobar que todos los frenos, tornillos y demás elementos de sujeción estén ajustados correctamente (Barras, frenos y seguros de barrandales)	<input checked="" type="checkbox"/>
Comprobar el funcionamiento de las palancas de liberación manual para RCP en ambos laterales de la cama	<input checked="" type="checkbox"/>
Comprobar el funcionamiento de los ruedos giratorias, freno y bloqueo	<input checked="" type="checkbox"/>
Comprobar que la extensión de la cama quede encajada con seguridad cuando es la posición normal como en la posición extendida	<input checked="" type="checkbox"/>
Verificar el funcionamiento de la batería de emergencia. (Desenchufar el equipo y comprobar)	<input checked="" type="checkbox"/>

<p>PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO CON CONTROLES (ENFERMERA-PACIENTE)</p> <p>Antes de iniciar las sig. Pruebas es necesario calibrar la cama levantando a posición más baja (B).</p> <p>*Mover al botón de posición horizontal y al botón de bajar al mismo tiempo hasta llegar al nivel mínimo.</p> <p>PROCEDIMIENTO</p> <p>ESTADO(CORRECTO)</p>	ESTADO(CORRECTO)
Revisar función subir, bajar	<input checked="" type="checkbox"/>
Revisar función subir, bajar ángulo de respaldo	<input checked="" type="checkbox"/>
Revisar función subir, bajar elevación de la sección de las piernas	<input checked="" type="checkbox"/>
Revisar función subir, bajar ángulo de flexión de las rodillas	<input checked="" type="checkbox"/>
Revisar función subir, bajar flexión o vascular	<input checked="" type="checkbox"/>
Revisar función Translaterabug	<input checked="" type="checkbox"/>
Revisar función Translaterabug chueco	<input checked="" type="checkbox"/>
Revisar función Posición de silla	<input checked="" type="checkbox"/>
Revisar función Bloqueo de funciones en control de paciente y cabezera.	<input checked="" type="checkbox"/>
Comprobar el funcionamiento del botón de RCP en todos los controles.	<input checked="" type="checkbox"/>

¿El equipo fue encontrado en su lugar original? Si No

Si la respuesta anterior es no, indicar en qué área y lugar lo encontró

Área externa: HOSPITALIZACION S

Área interna:

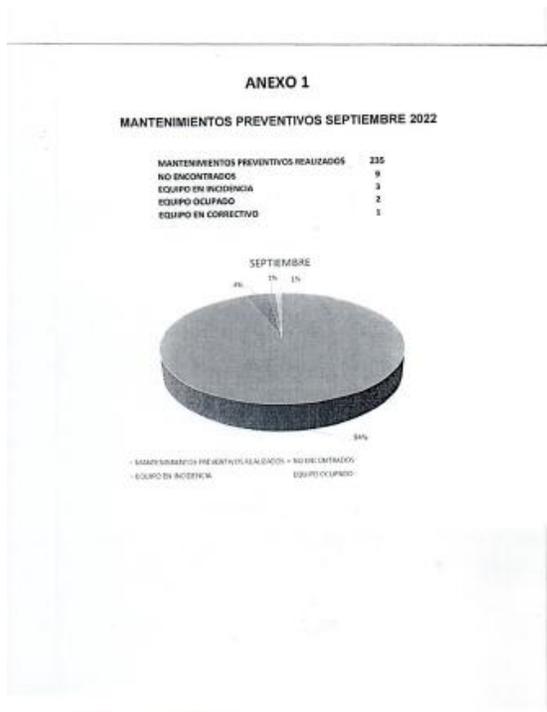
NOTA 1. Este documento no sustituye al manual del equipo por lo que se recomienda tener una copia.

NOTA 2. Este rutina debe ser usada por personal capacitado del Departamento de Ingeniería Biomédica-HUMAN CORPORIS.

NOTA 3. Imprimir este documento a doble cara y en hojas recitadas

OBSERVACIONES		
El 09/10/2022 se realizó el mantenimiento preventivo		
JOSÉ A. CASARSA Nombre y Firma Ingeniero Biomédico	[Firma] Nombre y Firma Pechón y Autorizó Supervisor HUMAN CORPORIS	[Firma] Nombre y Firma Secretaría de Salud

ANEXO 10.4 Informe Mensual



À continuación se desglosan los mantenimientos con incidencia, no encontrados, en reparación y ocupados:

EQUIPO	MARKA	MODELO	SERIE	DIAGNÓSTICO
MONITOR DE SIGNOS VITALES	DRAGER	VISTA XL	6068176879	NO ENCONTRADO
MONITOR DE SIGNOS VITALES	PHILIPS	WAVE	U883619570	INCIDENCIA
NEFALIZADOR ULTRASONICO	HERSCOM	400-B	144	NO ENCONTRADO
MONITOR DE SIGNOS VITALES	GEARER GENERAL	INFINITY VISTA XL	4003381678	NO ENCONTRADO
INCUBATOR	GENERAL PHYSIOTHERAPY	VIBRACARE	1045371	NO ENCONTRADO
MONITOR DE SIGNOS VITALES	DRAGER	VISTA XL	4003799443	NO ENCONTRADO
VENTILADOR	Maple	3600-1	54401	OCUPADO
MONITOR DE SIGNOS VITALES	DRAGER	VISTA XL	6069753273	INCIDENCIA
NEFALIZADOR ULTRASONICO	HERSCOM	400-B	154	NO ENCONTRADO
MONITOR DE SIGNOS VITALES	DRAGER	INFINITY VISTA XL	4003773276	NO ENCONTRADO
VENTILADOR	Maple	3600-1	54469	EN CORRECTIVO
MONITOR DE GASTO CARDIACO	EDWARDS	VIGILANCE II	V0811341	INCIDENCIA
NEFALIZADOR ULTRASONICO	HERSCOM	400-B	828	NO ENCONTRADO
NEFALIZADOR ULTRASONICO	HERSCOM	400-B	145	NO ENCONTRADO
MONITOR DE SIGNOS VITALES	DRAGER	INFINITY DELTA	6069333074	OCUPADO

MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS ADICIONALES

EQUIPO	MARKA	SERIE	ESTATUS DEL MTO.	FECHA REALIZADO	FECHA PROGRAMADA
DESINFECTOR	SCHILLER	101291091852	MTO REALIZADO ANUCIONAL	13-sep-22	18-sep-22
MONITOR DE SIGNOS VITALES	DRAGER	6003817203	MTO REALIZADO ANUCIONAL	22-sep-22	18-mar-22

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA</small>	Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES		Hoja: 89 de 127

**7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS
Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE
LAS Y LOS PACIENTES**

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES		Hoja: 90 de 127

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer el procedimiento que permita realizar la identificación, registro, análisis y evaluación de los riesgos y problemas en los procesos clínicos y de gestión para minimizar o controlar su ocurrencia de manera integral, considerando los sistemas críticos que impactan en la calidad y seguridad de las y los pacientes, sus familiares, el personal, visitantes e instalaciones, dando pauta a la mejora continua.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a la Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Dirección de Administración y Finanzas, así como al Departamento de Asuntos Jurídicos y a las áreas adscritas a estas.

2.2 A nivel externo: aplica al personal del Inversionista Proveedor, visitantes, proveedores de los servicios subrogados.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Operaciones a través de la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente en coordinación con el personal del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI) realizará la identificación, análisis y evaluación de los riesgos y problemas, con la herramienta establecida a fin de contribuir en la definición de las propuestas para la mejora continua en las áreas y servicios.

3.2 El registro y seguimiento de los riesgos y problemas identificados en las áreas y servicios sustantivos y administrativos se realizarán en la Plataforma de Gestión Integral de Riesgos.

3.3 La Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente a través de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, asesorará al personal responsable para llevar a cabo la evaluación integral de riesgos y problemas, que deberá realizarse de manera integral y preferentemente con grupos multidisciplinarios a fin de identificar estrategias para la mejora continua.

3.4 La evaluación integral de los riesgos deberá considerar:

- Los cuatro Sistemas Críticos para la Seguridad de las y los pacientes:
 - Manejo y Uso de Medicamentos (MMU)
 - Prevención y Control de Infecciones (PCI)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES		Hoja: 91 de 127

- Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS)
 - Competencias y Capacitación del Personal (SQE), y
 - Todos aquellos procesos que representen un riesgo o problema en la calidad y seguridad de las y los pacientes para su atención.
- 3.5 La Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente a través de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, concentrará en la Matriz de Riesgos los riesgos identificados de acuerdo a su prioridad según su probabilidad de ocurrencia, gravedad o severidad y modo de detección. (ANEXOS 10.1)
- 3.6 Los riesgos con una prioridad más alta se gestionarán de manera inmediata para el desarrollo de estrategias para su atención (mitigación, transferencia o eliminación), según la naturaleza del riesgo o problema. (Anexo 10.2)
- 3.7 Los responsables de las áreas propondrán estrategias de mitigación, control y corrección para las gestiones pertinentes debiendo informar a la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente para su informe al Comité de Calidad y Seguridad de las y los Pacientes (COCASEP) y se valore su incorporación en el Plan de Mejora Continua de la Calidad.
- 3.8 La Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente a través de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, dará seguimiento y evaluará junto con las áreas de manera coordinada los resultados obtenidos para la mejora continua mismos que serán reportados al COCASEP.

	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES	
Hoja: 92 de 127	

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

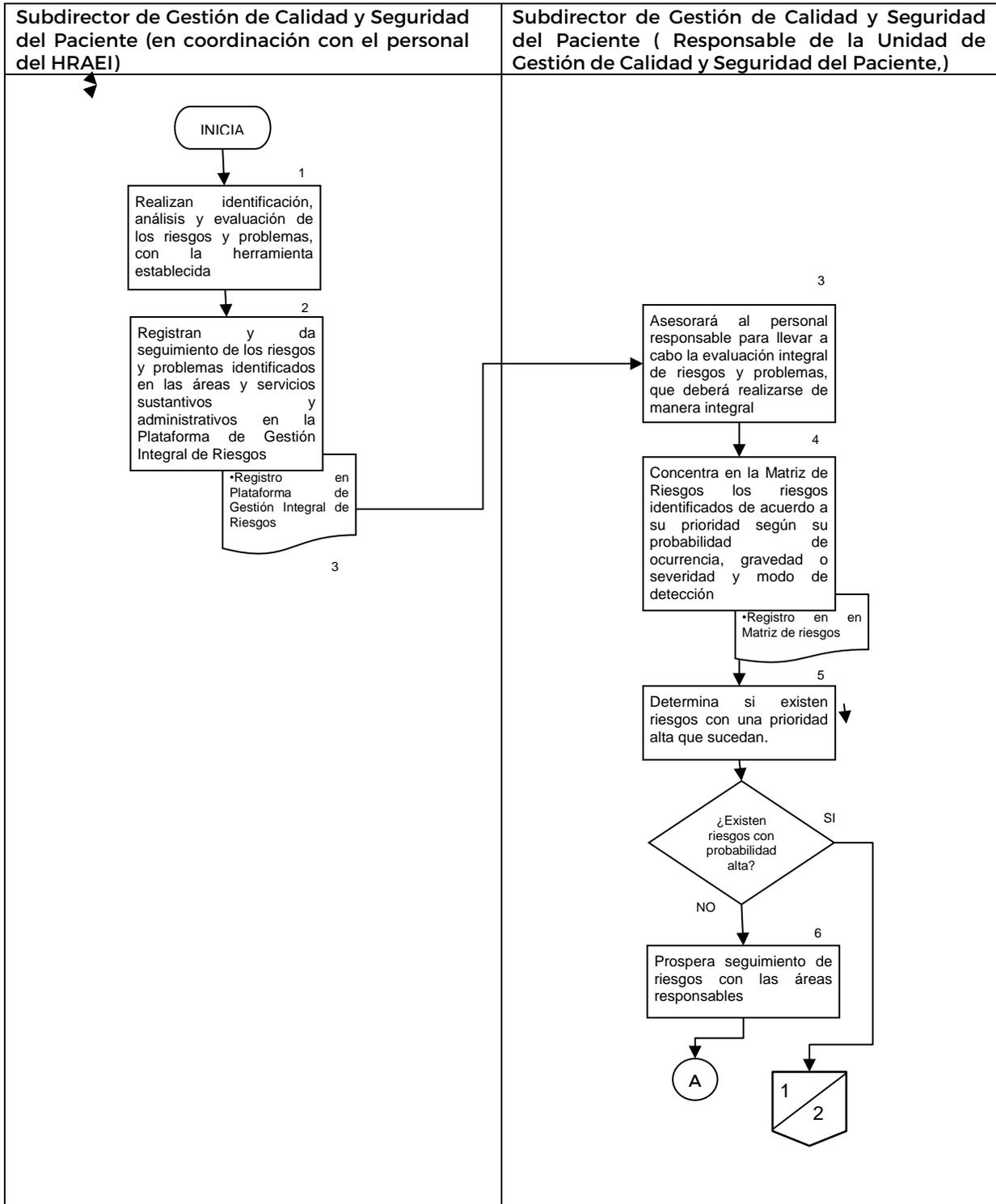
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente (en coordinación con el personal del HRAEI)	1	Realizan la identificación, análisis y evaluación de los riesgos y problemas, con la herramienta establecida a fin de contribuir en la definición de las propuestas para la mejora continua en las áreas y servicios.	• Registro en Plataforma de Gestión Integral de Riesgos
	2	Registran y da seguimiento de los riesgos y problemas identificados en las áreas y servicios sustantivos y administrativos, en la Plataforma de Gestión Integral de Riesgos	
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente (Responsable de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente.)	3	Asesorará al personal responsable para llevar a cabo la evaluación integral de riesgos y problemas, que deberá realizarse de manera integral a fin de identificar estrategias para la mejora continua. (Véase política 3.3 y 3.4)	• Registro en de Matriz de riesgos
	4	Concentra en la Matriz de Riesgos los riesgos identificados de acuerdo a su prioridad según su probabilidad de ocurrencia, gravedad o severidad y modo de detección.	
	5	Determina si existen riesgos con una prioridad alta que sucedan. ¿Existen riesgos con probabilidad alta?	
	6	NO: Prospera seguimiento de riesgos con las áreas responsables. Continúa en la actividad 7	
	7	Tiene conocimiento de parte los responsables de las áreas sobre las estrategias de mitigación, control y corrección para las gestiones pertinentes	

	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES	
Hoja: 93 de 127	

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
	8	Recibe informes sobre la gestión de riesgos con probabilidad más alta, para reportar al Comité de Calidad y Seguridad de las y los Pacientes (COCASEP) y se valore su incorporación en el Plan de Mejora Continua de la Calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Informes sobre gestión de riesgos probabilidad alta) • Reporte sobre gestión de riesgos
	9	Da seguimiento y evalúa junto con las áreas de manera coordinada los resultados obtenidos para la mejora continua mismos que serán reportados al COCASEP	
		TERMINA	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES		Hoja: 94 de 127

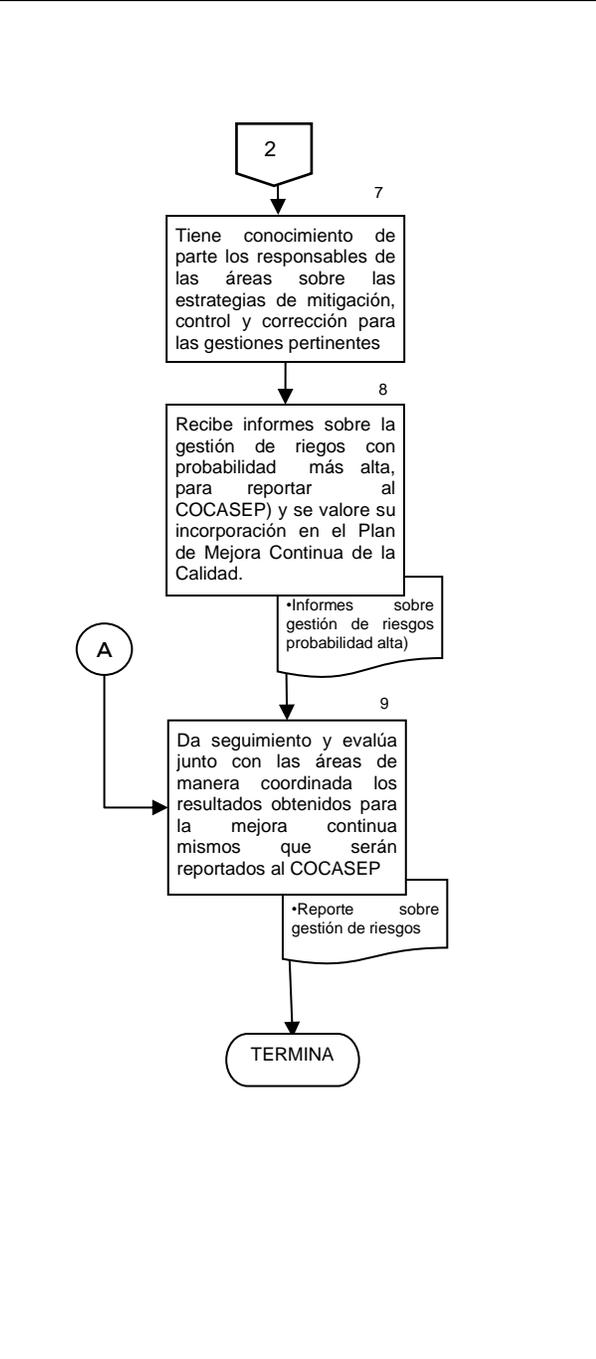
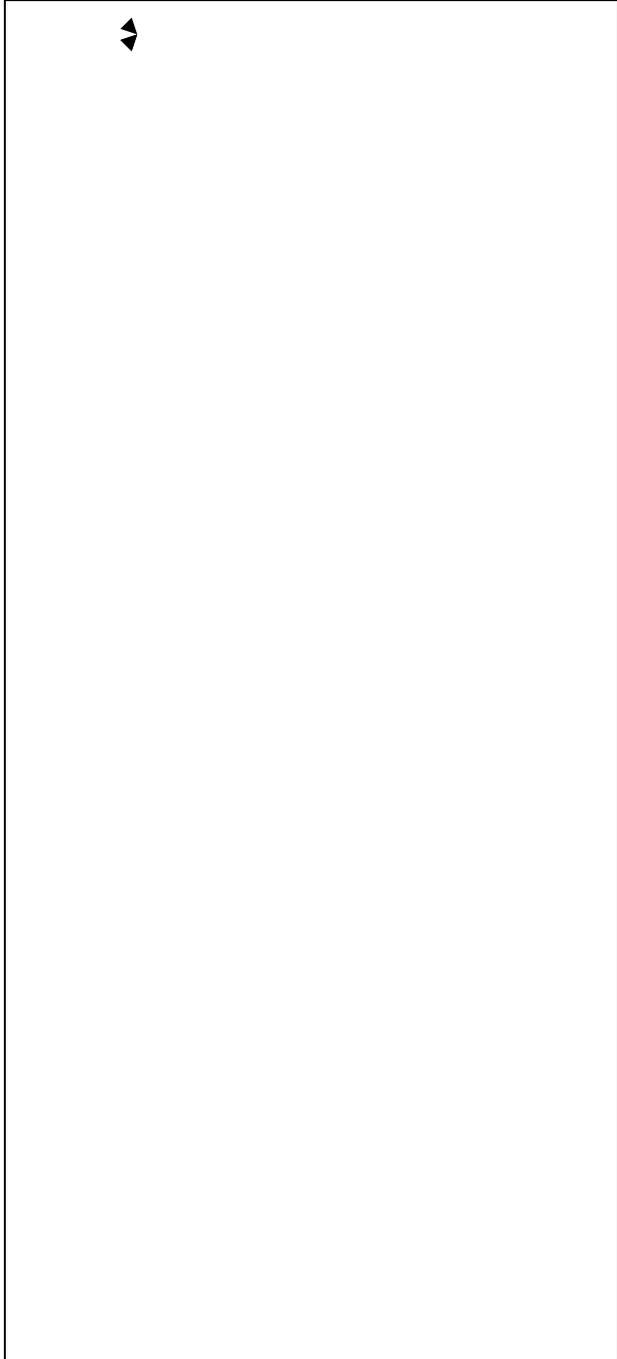
5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES		Hoja: 95 de 127

Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente (en coordinación con el personal del HRAEI)

Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente (Responsable de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente.)



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES		Hoja: 96 de 127

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	No aplica
6.2 Ley General de Salud	No aplica
6.3 DECRETO por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal	No aplica
6.4 Estatuto Orgánico del el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	No aplica
6.5 Instrucción 288/2011 Si calidad. Recomendaciones para la implantación del Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones (MANDE), en los establecimientos del Sector Salud. Dirección adjunta de Calidad en Salud.	No aplica
6.6 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.	No aplica
6.7 Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC)	No aplica
Modelo de Gestión de Calidad, Seguridad y Experiencia del Paciente del HRAEI	No aplica
6.8 Plan de mejora Continua de la DGCES	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1 Registro en Plataforma	Indefinido	La Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente	No aplica
7.2 Matriz de riesgos	5 años	La Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente	No aplica
7.3 Informes sobre gestión de riesgos	5 años	La Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente	No aplica
7.4 Reportes sobre gestión de riesgos	5 años	La Unidad de Gestión de Calidad y	No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES		Hoja: 97 de 127

		Seguridad del Paciente
--	--	------------------------

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **COCASEP:** al Comité de Calidad y Seguridad de las y los Pacientes.
- 8.2. **HRAEI o el Hospital:** al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
- 8.3. **Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF):** es un método sistemático utilizado en la gestión de calidad y la ingeniería para identificar, evaluar y priorizar los posibles modos de falla en un sistema, producto o proceso. El objetivo principal de AMEF es prevenir o minimizar los efectos adversos y mejorar la confiabilidad y la calidad
- 8.4. **Análisis de riesgo:** proceso sistemático que implica la identificación y evaluación de factores que pueden afectar negativamente la consecución de objetivos, consiste en proporcionar información que permita tomar decisiones informadas sobre cómo mitigar o gestionar esos riesgos.
- 8.5. **Control:** En el contexto de calidad y procesos, "control" se refiere a las acciones y medidas implementadas para asegurar que un producto o servicio cumpla con los estándares de calidad establecidos. Esto incluye la inspección, la supervisión y la implementación de procedimientos de mejora continua
- 8.6. **Evaluación de riesgos:** La evaluación de riesgos comienza con la identificación exhaustiva de los posibles eventos o situaciones que podrían afectar negativamente los objetivos de una actividad o proyecto. Esto implica la identificación de amenazas y oportunidades que pueden surgir en el curso de la realización de la actividad.
 - a. Análisis de Riesgos: Una vez identificado
 - b. Evaluación de Riesgos: Después del
 - c. Desarrollo de Estrategias de Mitigación: Con base en la evaluación,
 - d. Comunicación de Riesgos: La información
 - e. Monitoreo y Revisión Continua: La evaluación
- 8.7. **Gestión Integral de riesgos:** Se refiere a un enfoque sistemático y coordinado para identificar, evaluar y gestionar todos los tipos de riesgos que una organización podría enfrentar en la consecución de sus objetivo
- 8.8. **Gravedad:** se refiere a la magnitud de las consecuencias o impactos asociados con un evento o riesgo particular. La gravedad se evalúa en términos de la severidad o seriedad de las pérdidas o daños potenciales que podrían ocurrir si el evento adverso se materializa

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES		Hoja: 98 de 127

- 8.9. Identificación de riesgos:** Es el procedimiento sistemático para identificar, localizar y valorar aquellos elementos, peligros o factores que tienen influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud
- 8.10. Mitigación:** se refiere a la acción de reducir o moderar la intensidad, gravedad o consecuencias adversas de algo, como un riesgo, una amenaza o un impacto negativo. En el contexto de gestión de riesgos, la mitigación se centra en la implementación de medidas y estrategias para minimizar o atenuar los efectos perjudiciales de eventos potenciales
- 8.11. Modo de detección:** se refiere a la capacidad de un sistema o un conjunto de controles para identificar o detectar la presencia de un riesgo o la ocurrencia de un evento no deseado antes de que cause consecuencias significativas. En otras palabras, se centra en cómo una organización puede identificar tempranamente la aparición de un riesgo y, por lo tanto, tomar medidas para mitigar o gestionar ese riesgo antes de que cause un impacto severo
- 8.12. Ocurrencia:** a la frecuencia con la que ocurre un evento particular en un período de tiempo determinado. Por ejemplo, en un análisis de riesgos, se puede evaluar la ocurrencia de eventos adversos para comprender la probabilidad de que sucedan en el futuro.
- 8.13. Severidad:** se refiere a la gravedad o intensidad de las consecuencias asociadas con un evento adverso o un riesgo en particular. Evaluar la severidad es crucial para comprender la magnitud de los posibles impactos y priorizar la respuesta y la gestión de los riesgos de manera adecuada
- 8.14. Sistemas Críticos:** Se refiere a un elemento que compone los estándares del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, denominados (4) el manejo y uso de los medicamentos (MMU), la prevención y control de infecciones (PCI), la gestión y seguridad de las instalaciones (FMS) y las competencias y capacitación del personal (SQE).

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES		Hoja: 99 de 127

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
Rev-00	No aplica. Es de nueva creación	No aplica.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Matriz de riesgos
- 10.2 Análisis Modo Efecto Falla (AMEF)
- 10.3 Análisis Modo Efecto Falla (AMEF)
- 10.4 Reporte sobre gestión de riesgos

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES		Hoja: 100 de 127

Anexo 10.1 Matriz de riesgos

		DIRECCIÓN DE OPERACIONES UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE			
MATRIZ DE RIESGOS					
Gravedad (G) ó Severidad (S)		Frecuencia (F) ó Probabilidad de ocurrencia (O)		Probabilidad de No Detección: ND	
Muy alta ó Evento catastrófico: (9-10)	Puede causar la muerte o incapacidad permanente mayor. Ej., reacción transfusional hemolítica, cirugía en paciente o lugar equivocado.	Muy frecuente: (9-10)	Es seguro que se producirá frecuentemente, casi inevitable, varias veces en un año, (más de 5 % de ocurrencia)	Muy Alta: (9-10)	Llegará al paciente, la verificación o control no existe o no pueden detectar la existencia de una deficiencia o un defecto. (5 a 10%)
Alta ó Evento mayor: (7-8)	Incapacidad temporal o permanente menor con alta insatisfacción del paciente. Ej., desfiguración, necesidad de intervención quirúrgica, aumento de la estancia.	Frecuente: (7-8)	Se presenta con frecuencia (2 a 5 %)	Alta: (7-8)	Alta probabilidad de que llegue al paciente, la verificación o control son poco contables y probablemente no detecten la existencia de una deficiencia. (1 a 2%)
Moderada: (4 a 6)	Puede corregirse y su impacto sobre el paciente es mínimo, causa insatisfacción. Ej., multipunción para venoclisis, trato descortés.	Moderado u Ocasional: (4 a 6)	No es frecuente, es probable que ocurra 1 a 2 veces por año (1 a 5 de cada mil)	Moderada: (4 a 6)	La deficiencia o defecto es detectable y posiblemente no llegue al paciente. (1 a 5 de cada mil)
Baja: (2-3)	Apenas perceptible para el paciente, es irrelevante y fácil de corregir. Ej., doble toma de tensión arterial por error humano.	Bajo ó Raro: (2-3)	Muy pocos fallos en situaciones similares, es posible que ocurra alguna vez en 2 a 4 años (2 a 5 cada diez mil)	Baja: (2-3)	El defecto o deficiencia es fácilmente detectable, la verificación o controles tienen una buena oportunidad de detectarlo. (2 a 5 cada diez mil)
Muy baja ó Evento menor: (1)	Imperceptible para el paciente y sin impacto	Improbable o Remoto: (1)	Es muy raro, puede ocurrir algunas veces, en un periodo superior a 5 años (1 de cada diez mil)	Muy baja: (1)	El defecto o deficiencia es obvia, la verificación o controles detectarán, casi seguro, la existencia de una deficiencia o defecto. (1 de cada diez mil)
PRIORIZACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS					
PROBLEMA O RIESGO		Nivel de riesgo	Impacto	TOTAL DE PRIORIZACIÓN	
Problema 1					
Problema 2					
Problema 3					
Problema 4					
Problema 5					
Problema 6					
Problema 7					

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES		Hoja: 101 de 127

Anexo 10.2 Análisis Modo Efecto Falla (AMEF)

ANÁLISIS DE MODOS DE FALLO Y SUS EFECTOS (AMFE)



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
DIRECCIÓN DE OPERACIONES
UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



ANÁLISIS MODO EFECTO FALLA

Nombre del Sistema (Título):					
Nombre del Proceso (Título):					
Responsable (Dpto. / Área):					
Responsable de AMFE (persona):					
				FECHA	
				SERVICIO	

Función o Componente del Servicio	Modo de Fallo	Efecto	Causas	NPSA1	NPSA2	NPSA3	Método de detección	G Gravedad	O Ocurrencia	D Detección	NPR inicial	Acciones recomend.	Responsable	Acción Tomada	G Gravedad	O Ocurrencia	D Detección	NPR final
																		0
																		0
																		0
																		0
																		0
																		0
																		0
																		0
																		0
																		0
																		0

Valores de G entre 1 y 10; Valores de O entre 1 y 10; Valores de D entre 10 y 1 (Ver tablas de Valoración en el tutorial)

Borrar Datos

Ir a Gráfico

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES		Hoja: 102 de 127

Anexo 10.3 Informes sobre gestión de riesgos probabilidad alta

Dirección de _____





Ixtapaluca, Estado de México, a -- de --- del 202--.
Oficio No. --/HRAE/---/202--
Asunto: INFORME SOBRE GESTION DE RIESGOS PROBABILIDAD ALTA

**UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
PRESENTE**

Por medio del presente hago entrega del informe base a la identificación de riesgos y problemas, así como la gestión realizada con apego al procedimiento: **PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACION DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES.**

SERVICIO	RIESGO, PROBLEMA O PROCESO DE ATENCION EN RIESGO	INTERVENCIONES	RESOLUCIONES	SEGUIMIENTO

Lo antes expuesto para ser considerado dentro del seno del Comité de Calidad y Seguridad del paciente.

Sin más por el momento, agradezco su intervención y quedo de ustedes

ATENTAMENTE



Carretera Federal México-Puebla Km. 24.5, Pueblo de Zopiquipán, 50550, Municipio de Ixtapaluca, Estado de México. Tel: (55) 3972 0800 www.hrae.gob.mx



**2023
FRANCISCO
VILLA**

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES		Hoja: 103 de 127

Anexo 10.4 Reporte sobre gestión de riesgos

Dirección de _____



Ixtapaluca, Estado de México, a --- de --- del 202--.
Oficio No. --/ HRAEI/---/202-
Asunto: REPORTE DEL ANALISIS DE RIESGOS Y PROBLEMAS

**PRESIDENTA DE COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
 COCASEP
 PRESENTE**

Estimada **Presidenta** de COCASEP, hago entrega del reporte realizado con base a la identificación de riesgos y problemas, así como la gestión realizada con apego al procedimiento: **PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS Y EVALUACION DE RIESGOS Y PROBLEMAS VINCULADOS CON LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES.**

SERVICIO	RIESGO, PROBLEMA O PROCESO DE ATENCION EN RIESGO	INTERVENCIONES	RESOLUCIONES	SEGUIMIENTO

Lo antes expuesto para ser considerado dentro del seno del Comité de Calidad y Seguridad del paciente.

Sin más por el momento, agradezco su intervención y quedo de ustedes

ATENTAMENTE

 Minsalud

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</small>	Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	8. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN		Hoja: 104 de 127

**8. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LA
MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN**

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	8. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN		
			Hoja: 105 de 127

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer el procedimiento de coordinación con las áreas sustantivas y administrativas para la mejora de la gestión y operación de los procesos internos a fin de que se ejecuten de manera eficiente, eficaz y oportuna para lograr los estándares de calidad y seguridad de las y los pacientes a través de la implementación del plan de mejora continua..

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: aplica a todas las áreas sustantivas y administrativas del HRAEI.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente a través de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, deberá capacitar, asesorar y participar con las áreas sustantivas y administrativas en todas las etapas del ciclo de mejora.
- 3.2. Las áreas sustantivas y administrativas deberán establecer el estatus de la situación considerada como ventana de oportunidad, estableciendo la línea base de los indicadores establecidos vinculados con el proceso a mejorar para poder dar inicio al plan de mejora.
- Para este fin se podrá utilizar el instrumento diseñado para la Identificación de Riesgos y Problemas en Servicios. (véase ANEXO 10.1 del Procedimiento para el análisis y evaluación de riesgos y problemas vinculados con la calidad y seguridad de las y los pacientes).
- 3.3. Las áreas responsables analizarán los indicadores de proceso y resultado establecidos por la institución o derivados de la normatividad oficial aplicable para identificar las oportunidades de mejora periódicamente.
- 3.4. Las áreas responsables deberán establecer claramente, la situación actual del proceso, procedimiento o actividad que pretendan mejorar, utilizando los datos derivados de las fuentes oficiales e institucionales de información seleccionadas:
- Informes e indicadores generales y específicos
 - Resultados de la revisión del buzón de Quejas, Sugerencias, Felicitaciones y Solicitudes de Gestión
 - Resultados de análisis y seguimiento de cuasifallas, eventos adversos y centinelas

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	8. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN		
			Hoja: 106 de 127

- Informes de los comités, juntas, grupos de trabajo especiales hospitalarios institucionales
- Resultados de la aplicación de los estándares del Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC) mediante el Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares de Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)
- Sistemas de Información oficiales sectoriales o nacionales de Salud (SINBA, RHOVE, SUIVE)
- Auditorias, rondas de seguridad, búsqueda intencionada de información, recorridos, supervisiones, entrevistas, entre otros

3.5. Las áreas responsables deberán formular el Plan de Mejora Continua (PMC) en el formato institucional y contendrá:

- Objetivo general y específico.
- Mapeo de riesgos, causas y priorización, en su caso.
- Estrategias, líneas de acción, actividades, metas e indicadores, piloteo y se establecerá la línea basal para la toma de decisiones con relación a su implementación, seguimiento o modificación de estrategias.
- Cronograma, gráfica de Gantt o similares.

3.6. Las áreas responsables deberán comunicar el PMC con todo el personal involucrado y por los medios que se consideren convenientes para garantizar su efectividad y asertividad e informar a la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente para que se informe al COCASEP.

3.7. Las áreas responsables recolectarán información sobre los resultados de la mejora, con evidencias identificando efectos adicionales y actuarán considerando los resultados del PMC (estandarizar, difundir y reconocer). Una vez que se verifican los datos, se deberán documentar las mejoras obtenidas en el plan usando el formato institucional (ANEXO 10.1) iniciando un nuevo ciclo de mejora.

	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
	8. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN

Hoja: 107 de 127

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

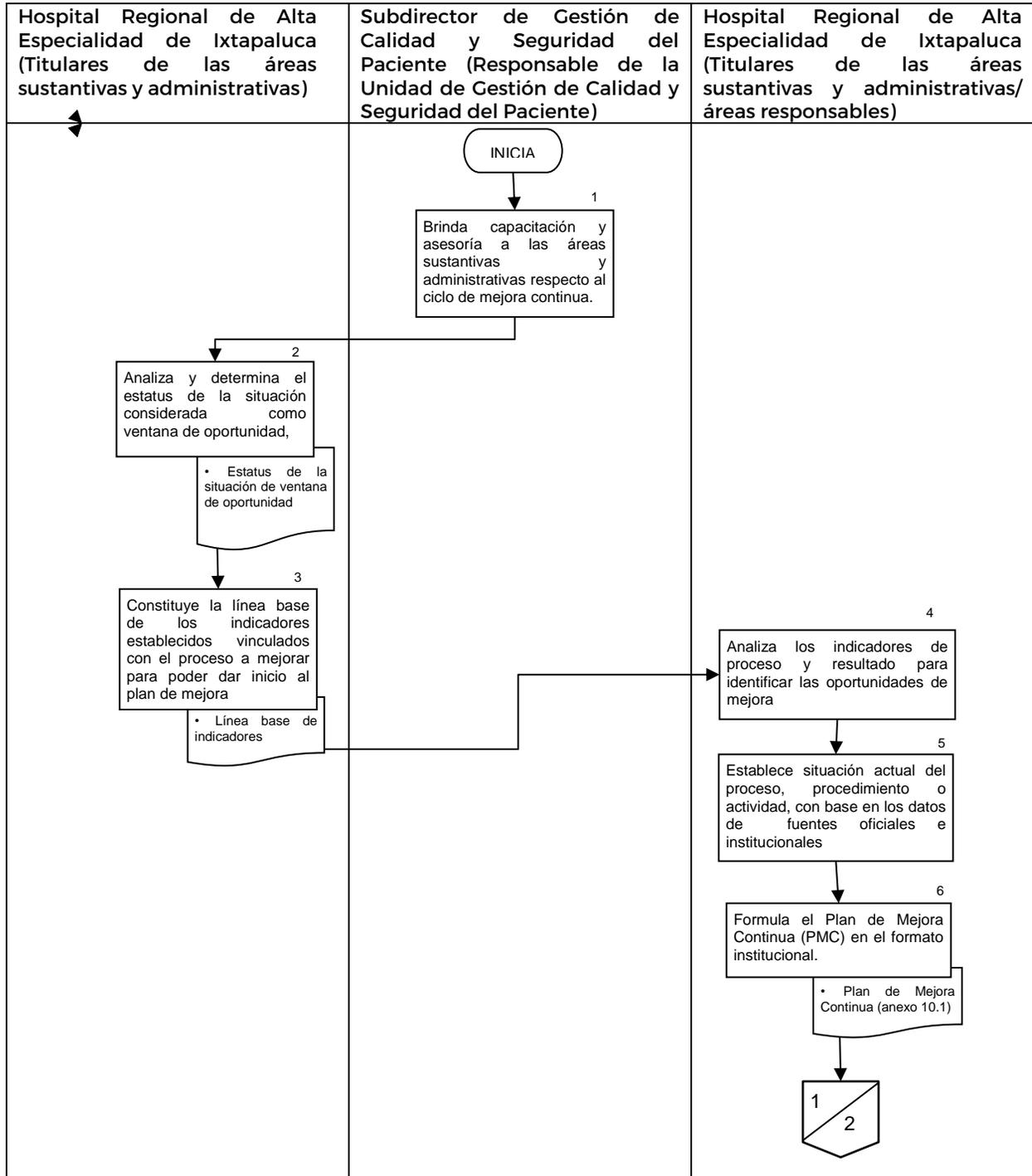
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente (Responsable de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente)	1	Brinda capacitación y asesoría a las áreas sustantivas y administrativas respecto al ciclo de mejora continua. <i>Cabe señalar que participaran coordinadamente con las áreas sustantivas y administrativas en todas las etapas del ciclo de mejora</i>	
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (Titulares de las áreas sustantivas y administrativas)	2	Analiza y determina el estatus de la situación considerada como ventana de oportunidad,	<ul style="list-style-type: none"> • Estatus de la situación de ventana de oportunidad,
	3	Constituye la línea base de los indicadores establecidos vinculados con el proceso a mejorar para poder dar inicio al plan de mejora. (Véase política 3.3)	<ul style="list-style-type: none"> • Línea base de indicadores
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (Titulares de las áreas sustantivas y administrativas/ áreas responsables)	4	Analiza los indicadores de proceso y resultado que se hayan establecido para identificar las oportunidades de mejora	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Mejora Continua (anexo 10.1)
	5	Establece la situación actual del proceso, procedimiento o actividad que pretendan mejorar, con base en los datos de fuentes oficiales e institucionales (Véase política 3.4).	
	6	Formula el Plan de Mejora Continua (PMC) en el formato institucional (Véase política 3.5)	
	7	Comunica el PMC a todo personal involucrado e informa a la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente para que se informe al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).	

	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
	8. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN

Hoja: 108 de 127

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
	8	Ejecuta el PMC y compila información de los resultados de la mejora, identificando con evidencias los efectos adicionales	
	9	Actúa considerando los resultados del PMC (estandarizar, difundir y reconocer), y una vez que se verifican los datos,	
	10	Documenta (una vez que se verifican los datos) las mejoras obtenidas en el plan usando el formato institucional (ANEXO 1) iniciando un nuevo ciclo de mejora. TERMINA	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Mejora Continua (anexo 10.1)

5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	8. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN		Hoja: 110 de 127

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (Titulares de las áreas sustantivas y administrativas)	Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente (Responsable de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente)	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (Titulares de las áreas sustantivas y administrativas/ áreas responsables)
↔		<pre> graph TD Start([2]) --> Step7[7 Comunica el PMC al personal involucrado e informa a la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente para que se informe al COCASEP.] Step7 --> Step8[8 Ejecuta el PMC y compila información de los resultados de la mejora, identificando con evidencias los efectos adicionales] Step8 --> Step9[9 Actúa considerando los resultados del PMC (estandarizar, difundir y reconocer), y verifica los datos,] Step9 --> Step10[10 Documenta las mejoras obtenidas en el plan usando el formato institucional iniciando un nuevo ciclo de mejora] Step10 --> Note[• Plan de Mejora Continua (anexo 10.1)] Note --> End([TERMINA]) </pre>

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	8. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN		Hoja: 111 de 127

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	No aplica
6.2 Ley General de Salud	No aplica
6.3 DECRETO por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal	No aplica
6.4 Estatuto Orgánico del el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	No aplica
6.5 Instrucción 288/2011 Si calidad. Recomendaciones para la implantación del Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones (MANDE), en los establecimientos del Sector Salud. Dirección adjunta de Calidad en Salud.	No aplica
6.6 Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.	No aplica
6.7 Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC)	No aplica
6.8 Modelo de Gestión de Calidad, Seguridad y Experiencia del Paciente del HRAEI	No aplica
6.9 Plan de mejora Continua de la DGCES	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1 Plan de Mejora Continua	5 años	Unidad de Gestión de Calidad y seguridad del Paciente	No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	8. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN		Hoja: 112 de 127

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Ciclo de mejora continua:** Secuencia de acciones enmarcadas dentro de un periodo de tiempo en el que se desarrolla algún proceso identificado sujeto a ser mejorado aplicando las etapas de planear- hacer- verificar- actuar (ciclo Deming)
- 8.2 **COCASEP:** al Comité de Calidad y Seguridad de las y los Pacientes.
- 8.3 **HRAEI o el Hospital:** al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
- 8.4 **PMC.** Plan de mejora continua de la Calidad. Al conjunto de proyectos planificados, jerarquizados y ordenados en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de los servicios de salud de un establecimiento médico cuyo objetivo es mejorar los procesos técnico-administrativos de los Establecimientos de Salud, para lograr los estándares de calidad técnica y seguridad del paciente, calidad percibida y de organización de los servicios, mediante la implantación de proyectos de intervención que benefician la salud de la población. También abreviado como PMCC y PMCCS
- 8.5 **RHOVE.** A la Red de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.
- 8.6 **Riesgo.** El riesgo se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas, los factores que lo componen son la amenaza y la vulnerabilidad.
- 8.7 **SINBA.** Al Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.
- 8.8 **SUIVE.** Al Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica.
- 8.9 **Ventana de oportunidad.** Habilidad, competencia, aspecto técnico o rasgo que requieren mejora para alcanzar nuestro máximo potencial. Identificar las áreas de oportunidad es el punto de partida para tomar medidas para mejorarlas, que se pueden fortalecer para que las áreas o servicios puedan trabajar de forma más eficiente.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	8. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN		Hoja: 113 de 127

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

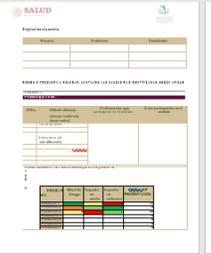
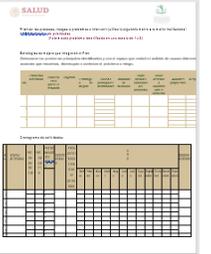
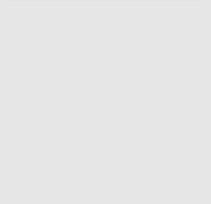
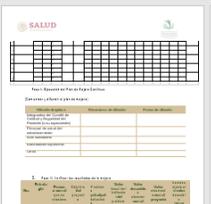
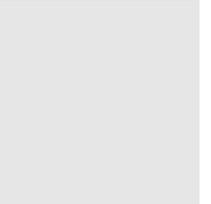
Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
Rev-00	No aplica. Es de nueva creación	No aplica.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Plan de Mejora Continua

Anexo 10.1 Plan de Mejora Continua

<div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">FORMATO PARA ELABORAR UN PLAN DE MEJORA CONTINUA INSTITUCIONAL</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">CONTENIDO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORA CONTINUA INSTITUCIONAL</p> <p>1. OBJETIVO DEL PLAN</p> <p>FASE I. Planear el PMCC</p> <ol style="list-style-type: none"> a) ENLISTAR LOS PROBLEMAS O RIESGOS QUE SE HAN PRESENTADO O DETECTADO PARA MEJORAR b) FUENTES UTILIZADAS PARA IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA CALIDAD c) DIAGNÓSTICO SITUACIONAL d) RIESGO O PROBLEMA A MEJORAR e) PRIORIZACIÓN DE RIESGOS f) ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES, METAS E INDICADORES A IMPLEMENTAR g) CRONOGRAMA <p>FASE II. Ejecución del Plan de Mejora Continua</p> <ol style="list-style-type: none"> h) COMUNICACIÓN DEL PLAN DE MEJORA <p>FASE III. Verificar los resultados de la mejora</p> <ol style="list-style-type: none"> i) VERIFICACIÓN DE RESULTADOS j) DOCUMENTACIÓN DE MEJORAS <p>FASE IV. Actuar sobre los resultados del PMCC</p> <ol style="list-style-type: none"> k) ESTANDARIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA l) DIFUSIÓN DE LOGROS DEL PLAN m) RECONOCIMIENTO AL EQUIPO DE TRABAJO
---	---

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	9. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR REVISIONES Y SUPERVISIONES DEL APEGO A LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		Hoja: 115 de 127

**9.- PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR REVISIONES Y
SUPERVISIONES DEL APEGO A LAS DISPOSICIONES EN MATERIA
DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	9. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR REVISIONES Y SUPERVISIONES DEL APEGO A LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		Hoja: 116 de 127

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer el lineamiento para revisar y supervisar el apego a los procedimientos seguros y de calidad durante el proceso de atención de las y los pacientes, familiares, acompañantes y visitantes mediante las metodologías e instrumentos establecidos para fortalecer las buenas practicas durante la atención hospitalaria.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: aplica a la Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, al personal que presta servicios asistenciales y no asistenciales en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.
- 2.2 A nivel externo: Aplica al personal del inversionista proveedor, de servicios subrogados, proveedores y visitantes.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 7.1 Subdirección de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente a través de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente (UGCSP) realizará la planeación de las actividades de revisión y supervisión periódicas, de acuerdo a los riesgos y problemas detectados, búsqueda intencionada, necesidades derivadas de la información obtenida a través de los diversos sistemas de reporte y notificación, entre otros. Anexo 10.1.
- 7.2 La UGCSP identificará metodologías y diseñará las herramientas de revisiones y supervisiones e indicadores para el seguimiento y evaluación que serán implementadas en los servicios sustantivos y administrativos. Anexo 10.2.
- 7.3 La Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente realizará las revisiones y supervisiones con base en la normatividad aplicable en materia de calidad y seguridad del paciente, a fin de avanzar en el proceso de maduración institucional para la mejora continua.
- 7.4 Las revisiones y supervisiones que se realicen o sean coordinadas por la UGCSP considerarán los componentes del Modelo de Calidad, Seguridad y Experiencia del Paciente del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI u Hospital), que incluye la calidad técnica y seguridad del paciente, institucionalización de la calidad y experiencia del paciente, favoreciendo la gestión proactiva y mejora continua. Anexos 10.3

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	9. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR REVISIONES Y SUPERVISIONES DEL APEGO A LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		Hoja: 117 de 127

7.5 La UGCSP presentará los resultados de las revisiones y supervisiones a los directores de las áreas y al Comité de Calidad y Seguridad de las y los Pacientes, a fin de que se determinen y establezcan las estrategias y las medidas necesarias. Anexo 10.4

7.6 La UGCSP dará seguimiento a la implementación de las estrategias y medidas por parte de las áreas a fin de continuar el ciclo de mejora continua de la calidad y la seguridad de las y los pacientes del HRAEI.

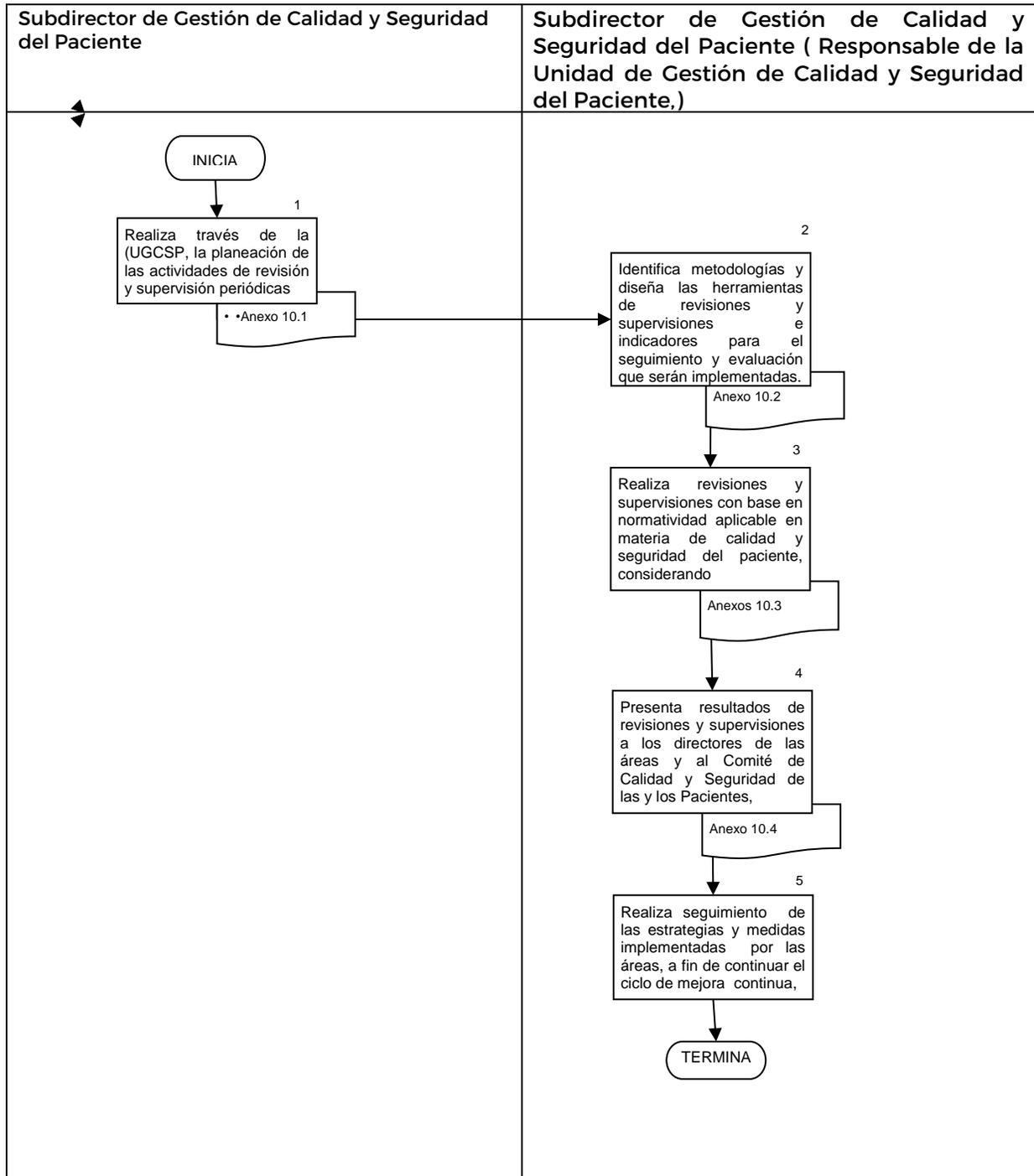
	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
9.- PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR REVISIONES Y SUPERVISIONES DEL APEGO A LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
Hoja: 118 de 127	

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente	1	Realiza a través de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente (UGCSP), la planeación de las actividades de revisión y supervisión periódicas,	• Anexo 10.1
Subdirector de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente (Responsable de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente.)	2	Identifica metodologías y diseña las herramientas de revisiones y supervisiones e indicadores para el seguimiento y evaluación que serán implementadas en los servicios.	• Anexo 10.2
	3	Realiza revisiones y supervisiones con base en la normatividad aplicable en materia de calidad y seguridad del paciente, considerando los componentes del Modelo de Calidad, Seguridad y Experiencia del Paciente del HRAEI, (Véanse políticas 3.3 y 3.4)	• Anexos 10.3
	4	Presenta resultados de revisiones y supervisiones a los directores de las áreas y al Comité de Calidad y Seguridad de las y los Pacientes, para se establezcan las estrategias y las medidas necesarias	• Anexo 10.4
	5	Realiza seguimiento de las estrategias y medidas implementadas por las áreas, a fin de continuar el ciclo de mejora continua de la calidad y la seguridad de las y los pacientes.	
		TERMINA	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	9. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR REVISIONES Y SUPERVISIONES DEL APEGO A LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		Hoja: 119 de 127

5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	9. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR REVISIONES Y SUPERVISIONES DEL APEGO A LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
			Hoja: 120 de 127

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	No aplica
6.2 Ley General de Salud	No aplica
6.3 DECRETO por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal	No aplica
6.4 Estatuto Orgánico del el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	No aplica
6.5 Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.	No aplica
6.6 Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC)	No aplica
6.7 Modelo de Gestión de Calidad, Seguridad y Experiencia del Paciente del HRAEI	No aplica
6.8 Plan de mejora Continua de la DGCES	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de Registro o identificación única
7.1 Planeación de revisiones y supervisiones de la calidad y seguridad de las y los pacientes	5 años	Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente	No aplica
7.2 Ficha técnica de indicadores	5 años	Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente	No aplica
7.3 Revisión del apego a los procedimientos de calidad y seguridad de las y los pacientes	5 años	Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente	No aplica
7.4 Supervisión del apego a los procedimientos de calidad y seguridad de las y los pacientes	5 años	Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente	No aplica
7.5 Informe de resultados	5 años	Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente	No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	9. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR REVISIONES Y SUPERVISIONES DEL APEGO A LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		Hoja: 121 de 127

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.8 **COCASEP:** al Comité de Calidad y Seguridad de las y los Pacientes.
- 8.9 **DGCES:** Dirección General de Calidad y Educación en Salud
- 8.10 **HRAEI o el Hospital:** al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.
- 8.11 **UGCSP:** A la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del paciente del HRAEI
- 8.12 **Calidad técnica y Seguridad del paciente:** Se refiere a uno de los elementos del sistema de administración de la organización que define los programas o líneas de acción a implementarse que constituye el Modelo de Gestión de Calidad, Seguridad y Experiencia del Paciente del HRAEI.
- 8.13 **Ciclo de mejora continua:** Secuencia de acciones enmarcadas dentro de un periodo de tiempo en el que se desarrolla algún proceso identificado sujeto a ser mejorado aplicando las etapas de planear- hacer- verificar- actuar (ciclo Deming)
- 8.14 **Experiencia del paciente:** Se refiere a uno de los elementos del sistema de administración de la organización que define los programas o líneas de acción a implementarse que constituye el Modelo de Gestión de Calidad, Seguridad y Experiencia del Paciente del HRAEI.
- 8.15 **Indicador:** Expresión numérica de la propiedad que se pretende medir para el logro de los objetivos, dando cumplimiento a la misión.
- 8.16 **Institucionalización de la calidad:** Se refiere a uno de los elementos del sistema de administración de la organización que define los programas o líneas de acción a implementarse que constituye el Modelo de Gestión de Calidad, Seguridad y Experiencia del Paciente del HRAEI.
- 8.17 **Mejora continua:** Método para la gestión de la Calidad que se apoya en el aseguramiento de la misma, haciendo hincapié en los sistemas y procesos de organización, en la necesidad de contar con datos objetivos que permitan

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	9. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR REVISIONES Y SUPERVISIONES DEL APEGO A LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		Hoja: 122 de 127

mejorar los procesos y en la idea de que los sistemas y el desempeño siempre puedan mejorar aun cuando se han satisfecho lo estándares, patrones o normas más altas.

- 8.18 **Modelo de Gestión de Calidad, Seguridad y Experiencia del Paciente del HRAEI:** A la descripción de la interacción de los principales elementos del sistema de administración de la organización que define los programas o líneas de acción a implementar en el HRAEI.
- 8.19 **Nivel de madurez institucional:** Escala para medir las capacidades de la pequeña empresa y a su vez sirve de plataforma en el camino para conseguir una mejora
- 8.20 **Plan de Mejora Continua:** Al conjunto de proyectos planificados, jerarquizados y ordenados en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de los servicios de salud de un establecimiento médico cuyo objetivo es mejorar los procesos técnico-administrativos de los Establecimientos de Salud, para lograr los estándares de calidad técnica y seguridad del paciente, calidad percibida y de organización de los servicios, mediante la implantación de proyectos de intervención que beneficien la salud de la población.
- 8.21 **Planeación:** Se refiere al proceso de preparar un conjunto de decisiones para la acción futura, dirigida al logro de objetivos por medio preferibles. Es un proceso, una actividad continua que no termina con la formulación de un plan sino que implica reajuste permanente entre medio y fines
- 8.22 **Revisión:** Se refiere a someter algo a examen o a ver con atención y cuidado.
- 8.23 **Supervisión:** Actividad o conjunto de actividades que desarrolla una persona al dirigir el trabajo de un grupo de personas, con el fin de lograr de ellas su máxima eficacia y satisfacción mutua
- 8.24 **Usuario:** a las personas que se benefician con el resultado de una actividad que puede ser interno o externo.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	9. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR REVISIONES Y SUPERVISIONES DEL APEGO A LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		Hoja: 123 de 127

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
Rev-00	No aplica. Es de nueva creación	No aplica.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 FORMATO PARA LA PLANEACIÓN DE REVISIONES Y SUPERVISIONES DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES
- 10.2 FICHA TÉCNICA DE INDICADORES
- 10.3 FORMATO PARA LA REVISION Y SUPERVISION DEL APEGO A LOS PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES
- 10.4 FORMATO DE INFORME DE RESULTADOS

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	9. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR REVISIONES Y SUPERVISIONES DEL APEGO A LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
			Hoja: 124 de 127

Anexo 10.1 FORMATO PARA LA PLANEACIÓN DE REVISIONES Y SUPERVISIONES DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES

<div style="text-align: center;"> <p>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE TAXCALA</p> <p>DIRECCIÓN DE OPERACIONES UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> </div> <p style="text-align: center;">PLANEACIÓN DE REVISIÓN O SUPERVISIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS Y LOS PACIENTES</p> <p>REVISIÓN (Se refiere a un análisis o examen cuidadoso de un proceso o procedimiento para detectar deficiencias)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>SUPERVISIÓN (Se refiere a una metodología para evaluar la actividad de asistencia de la coordinación de servicios, atención y procedimientos del cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>TAREA/SERVICIO SERVIR O SUPERVISAR</p> <p>PROCESO</p> <p>OBJETIVO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>NOMBRE</th> <th>ROL</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>COORDINADOR LIDER</p> <p>EQUIPO PARTICIPANTE</p> <p style="text-align: center;">LINEAMIENTOS A REVISAR</p> <p>PROCESO/PROCEDIMIENTO</p> <p>NORMATIVIDAD</p> <p>ESTANDARES</p> <p>METODOLOGIA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>DESERVICIOS</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>DESERVICIOS</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>DESERVICIOS</td> <td> </td> </tr> </table> <p>REVISIÓN CON PREVIO AVISO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	NOMBRE	ROL			DESERVICIOS		DESERVICIOS		DESERVICIOS		SI	NO			<div style="text-align: center;"> <p>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE TAXCALA</p> <p>DIRECCIÓN DE OPERACIONES UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">ORGANOGRAMA</th> </tr> <tr> <th>FECHA</th> <th>HORA</th> <th>ACTIVIDAD</th> <th>PERSONAL INVOLUCRADA</th> <th>DOCUMENTOS DE REFERENCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	ORGANOGRAMA					FECHA	HORA	ACTIVIDAD	PERSONAL INVOLUCRADA	DOCUMENTOS DE REFERENCIA																																																			<div style="text-align: center;"> <p>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE TAXCALA</p> <p>DIRECCIÓN DE OPERACIONES UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> </div> <p>FECHA DE INICIO</p> <p>FECHA DE TERMINO</p> <p>FECHA DE ESTIMACIÓN Y DURACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p> <p> </p> <p>OBSERVACIONES</p> <p> </p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>RESPONSABLE</td> <td> </td> <td> FIRMA: </td> <td> FECHA: </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>APROBADO</td> <td> </td> <td> FIRMA: </td> <td> FECHA: </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	RESPONSABLE		FIRMA:	FECHA:					APROBADO		FIRMA:	FECHA:				
NOMBRE	ROL																																																																																											
DESERVICIOS																																																																																												
DESERVICIOS																																																																																												
DESERVICIOS																																																																																												
SI	NO																																																																																											
ORGANOGRAMA																																																																																												
FECHA	HORA	ACTIVIDAD	PERSONAL INVOLUCRADA	DOCUMENTOS DE REFERENCIA																																																																																								
RESPONSABLE		FIRMA:	FECHA:																																																																																									
APROBADO		FIRMA:	FECHA:																																																																																									

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	9. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR REVISIONES Y SUPERVISIONES DEL APEGO A LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		Hoja: 125 de 127

Anexo 10.2 FICHA TÉCNICA DE INDICADORES



Q.Ps 6. AOP 2. PORCENTAJE DE APEGO A LA FALTA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTES EN LA CONSULTA POR EL MEDICO PORQUE NO PREGUNTA LA FECHA DE NACIMIENTO

RIESGO O PROBLEMA IDENTIFICADO
 LOS MEDICOS EN LA UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA NO PREGUNTA LA FECHA DE NACIMIENTO A LOS PACIENTES

BARRERAS DE SEGURIDAD A MEDIR
 UTILIZAR DOS DATOS DE IDENTIFICACION ANTES DE DAR CONSULTA AL PACIENTE

PERIODICIDAD
 MENSUAL

SERVICIO DONDE SE RECOLECTA LA MUESTRA
 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

DESCRIPCION DEL INDICADOR
 NUMERO TOTAL DE OBSERVACIONES DE APEGO A LA FALTA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LA CONSULTA POR EL MEDICO PORQUE NO PREGUNTA LA FECHA DE NACIMIENTO X 100
 NUMERO TOTAL DE OBSERVACIONES PARA VALER EL APEGO A LA FALTA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LA CONSULTA POR EL MEDICO PORQUE NO PREGUNTA LA FECHA DE NACIMIENTO

TIPO DE RECOLECCION DE MUESTRA
 OBSERVACION DIRECTA

HERRAMIENTA DE RECOLECCION
 OBSERVACION / EXPEDIENTE CLINICO

REPORTE DE RESULTADOS

	A	B	%	META
ENE	30	109	41.9%	95%
FEB	100	109	92%	95%
MAR	30	109	28%	95%
ABR	30	109	9%	95%
MAY	30	109	46%	95%
JUN	30	109	28%	95%
JUL	30	109	28%	95%
AGO	30	109	9%	95%
SEP	30	109	30%	95%
OCT	100	109	92%	95%
NOV	90	109	83%	95%
DIC	90	109	55%	95%



ANALISIS Y TOMA DE DECISIONES				
	%	META	CAUSAS IDENTIFICADAS	ACCIONES CORRECTIVA
ENE	41.9%	95%	Los medicos siguen preguntando la fecha de nacimiento solo el nombre	Se capacitará al personal medico por parte del area de calidad
FEB	92%	95%	Los medicos adscritos aun siguen sin preguntar los hacen los residentes	Se tiene una practica de como puede afectar dar exámenes a pacientes omitimos y su diferencia es la fecha de nacimiento
MAR	28%	95%		
ABR	9%	95%		
MAY	46%	95%		
JUN	28%	95%		
JUL	28%	95%		
AGO	9%	95%		
SEP	30%	95%		
OCT	92%	95%		
NOV	83%	95%		
DIC	55%	95%		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.-00
	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	9. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR REVISIONES Y SUPERVISIONES DEL APEGO A LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		Hoja: 127 de 127

Anexo 10.4 FORMATO DE INFORME DE RESULTADOS

<p>SECRETARÍA DE SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>														
<p>INFORME DE RESULTADOS DE REVISIÓN O SUPERVISIÓN DEL APEGO A LOS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	<p>INFORME DE RESULTADOS DE REVISIÓN O SUPERVISIÓN DEL SERVICIO</p>	<p>INFORME DE RESULTADOS DE REVISIÓN O SUPERVISIÓN DEL SERVICIO</p>														
	<p>DATOS GENERALES</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> TIPO DE INFORME: Técnico: <input type="checkbox"/> Investigativa: <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%;"> PROPÓSITO DEL INFORME: Objetivo de la Supervisión: </td> </tr> <tr> <td> PERÍODO DE REVISIÓN O SUPERVISIÓN: <input type="text"/> </td> <td> SERVICIO REVISADO O SUPERVISADO: <input type="text"/> </td> </tr> </table>	TIPO DE INFORME: Técnico: <input type="checkbox"/> Investigativa: <input type="checkbox"/>	PROPÓSITO DEL INFORME: Objetivo de la Supervisión:	PERÍODO DE REVISIÓN O SUPERVISIÓN: <input type="text"/>	SERVICIO REVISADO O SUPERVISADO: <input type="text"/>	<p>COORDINADOR:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">COORDINADOR:</td> <td style="width: 50%;">ASISTENTE:</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>COORDINADOR DE CALIDAD:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">COORDINADOR DE CALIDAD:</td> <td style="width: 33%;">FECHA:</td> <td style="width: 33%;">FECHA:</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	COORDINADOR:	ASISTENTE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COORDINADOR DE CALIDAD:	FECHA:	FECHA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIPO DE INFORME: Técnico: <input type="checkbox"/> Investigativa: <input type="checkbox"/>	PROPÓSITO DEL INFORME: Objetivo de la Supervisión:															
PERÍODO DE REVISIÓN O SUPERVISIÓN: <input type="text"/>	SERVICIO REVISADO O SUPERVISADO: <input type="text"/>															
COORDINADOR:	ASISTENTE:															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
COORDINADOR DE CALIDAD:	FECHA:	FECHA:														
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>														
	<p>MÉTODOS REALIZADOS:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ANÁLISIS DE RESULTADOS:</td> <td style="width: 33%;">RECOMENDACIONES BASADAS EN LOS HALLAZGOS:</td> <td style="width: 33%;">ACCIONES DERIVADAS:</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	ANÁLISIS DE RESULTADOS:	RECOMENDACIONES BASADAS EN LOS HALLAZGOS:	ACCIONES DERIVADAS:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
ANÁLISIS DE RESULTADOS:	RECOMENDACIONES BASADAS EN LOS HALLAZGOS:	ACCIONES DERIVADAS:														
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>														